







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41548319\\_0040](https://archive.org/details/IA41548319_0040)



AUS DEM MAX PLANCK INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE MÜNCHEN

Dir. Prof. Dr. D. Ploog

BESONDERE CHARAKTERISTIKA DER AUSLÄNDERSELBSTMORDVERSUCHE  
IM VERGLEICH ZU SELBSTMORDVERSUCHEN BEI DEUTSCHEN

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin  
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München



vorgelegt von  
Peter Polanetzki  
aus Oettingen/Bay.

München 1980

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Feuerlein

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 18.12. 1980



1. ABKÜRZUNGEN

1

2. EINLEITUNG UND ALLGEMEINE BEMERKUNGEN

2

3. VERFAHREN UND VERSUCHSBEREICH

3

Herrn Prof. Dr. FEUERLEIN danke ich für die Überlassung des Themas, Herrn Dr. HANSERT für die Unterstützung bei der Auswertung der Ergebnisse.

4

4. MATERIALIEN UND VERSUCHSBEREICH

4

4.1. MATERIALIEN

4

4.2. VERSUCHSBEREICH

4

4.3. VERSUCHSBEREICH

4

4.4. VERSUCHSBEREICH

4

4.5. VERSUCHSBEREICH

4

4.6. VERSUCHSBEREICH

4

4.7. VERSUCHSBEREICH

4

5. ERGEBNISSE UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

5

5.1. ERGEBNISSE UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

5

6. ZUSAMMENFASSUNG

6

7. LITERATURVERZEICHNIS

7

8. ANHANG

8



# INHALTSVERZEICHNIS

Seite

|    |                                                                                          |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. | EINLEITUNG                                                                               | 1  |
| 2. | PROBLEMSTELLUNG UND KRITISCHE EINSCHRÄNKUNGEN                                            | 6  |
| 3. | KRANKENGUT UND AUSWAHLKRITERIEN                                                          | 11 |
| 4. | HYPOTHESEN DIESER UNTERSUCHUNG                                                           | 12 |
| 5. | ERGEBNISSE                                                                               | 13 |
|    | a) Altersverteilung                                                                      | 13 |
|    | b) Geschlechtsverteilung                                                                 | 21 |
|    | c) Methoden                                                                              | 25 |
|    | d) Einfluß von Alkohol                                                                   | 27 |
|    | e) Familienstand                                                                         | 29 |
|    | f) Berufsstruktur                                                                        | 33 |
|    | g) Motive                                                                                | 36 |
|    | h) Klinische Diagnosen                                                                   | 39 |
| 6. | AUSWERTUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE<br>(entsprechend der Einteilung der Ergebnisse) | 42 |
| 7. | ZUSAMMENFASSUNG                                                                          | 60 |
| 8. | LITERATURVERZEICHNIS                                                                     | 62 |
|    | LEBENSLAUF                                                                               |    |



## 1. EINLEITUNG

Seit etwa 1950 ist auch die Suizidrate zwar laut STATISTISCHEM JAHRBUCH der Bundesrepublik Deutschland im Steigen begriffen (18,3/100 000 Einw. im Jahre 1953, 21,8/100000 Einw. im Jahre 1979), demgegenüber nahm jedoch die Zahl der Selbstmordversuche wahrscheinlich noch rascher zu. Zwar liegen darüber keine genauen Zahlen vor, doch läßt sich dies aus verschiedenen Angaben erschließen (z.B. den Aufnahmeziffern in Entgiftungsstationen von Krankenhäusern).

Ganz allgemein läßt sich feststellen, daß bei Männern und Frauen vor allem die jüngeren Jahrgänge den durchschnittlichen Anstieg jeweils erheblich übertreffen. So stellt BAPPERT (1962) seit 1949 bei einer durchschnittlichen Zunahme der männlichen Suizidversuche um das 3,4fache fest, daß die Selbstmordversuche der 20-30jährigen um das 6,2fache zugenommen haben. Deutlicher ist diese Tendenz noch bei den Frauen. Einer durchschnittlichen Zunahme der Suizidversuche um das 2,9fache steht hier ein Anstieg bei den unter 20jährigen um das 7,8fache gegenüber.

Während in früheren Untersuchungen (GAUPP, 1907; HIRSCHFELDT, 1932) keine Bedenken gegen eine unbeschränkte Vergleichbarkeit von Suizid und Suizidversuch geäußert wurden, zeichneten sich später "zwei verschiedene Positionen in der Theorie des Suizidversuchs ab: auf der einen Seite wurde der Selbstmordversuch lediglich als suizidales Verhalten mit abgeschwächter Suizidtendenz angesehen, auf der anderen Seite als eine im wesentlichen unterschiedliche, mehr auf soziale Wirkung bedachte Verhaltensweise" (LINDEN, 1969).

So schreibt de BOOR 1949: "Selbstmord und Selbstmordversuch haben - wie immer man es betrachten mag - ein Gemeinsames: die Selbstmordtendenz. Der Unterschied zwischen beiden ist unseres Erachtens nicht so sehr ein qualitativer, als vielmehr ein quantitativer...". Ähnlich RINGEL 1953, der die psychologische Entwicklung zum Suizidversuch in seinem "Präsuizidalem Syndrom"<sup>1</sup>

- 1) Dessen drei Symptome gehen regelmäßig (unabhängig von der psychiatrischen Diagnose und den sonstigen Selbstmordursachen), der Selbstmordhandlung voraus (RINGEL, in der Formulierung nach FEUERLEIN, 1973):
  1. Affektive Einengung, die zu einer Regression auf das eigene Ich, zur Selbstbespiegelung und Vereinsamung führt,
  2. Wendung der primär nach außen gerichteten Aggressionen gegen sich selbst,
  3. Flucht in die Irrealität (in die Todesphantasien).

zusammenfaßte: "je ausgeprägter das präsuizidale Syndrom ist, welches ja teilweise als Abwehrmechanismus der Selbstzerstörungstendenz aufzufassen ist, mit einem desto allmählicheren Eindringen von Selbstmordabsichten in das Bewußtsein der Persönlichkeit muß gerechnet werden. Daraus ergibt sich der Schluß, daß die Gefahr des gelungenen Selbstmordes umso größer ist, je ausgeprägter das präsuizidale Syndrom in Erscheinung tritt. Bei jenen Fällen, wo das präsuizidale Syndrom nur abgeschwächt vorhanden ist, ist eher mit einem momenthaften Durchbruch der Selbstmordtendenz zu rechnen, welche häufig nur zum Suizidversuch führt," (RINGEL, 1961).

Allerdings weist er noch auf weitere Unterschiede zwischen SM und SMV hin:

- a. beim SM findet sich ein doppelt so großer psychotischer Anteil,
- b. die altersmäßige Verteilung ist grundsätzlich anders (höheres Lebensalter bei den Selbstmördern),
- c. der Anteil neurotischer Reaktionen ist beim SMV größer,
- d. der SM ist häufiger das Ergebnis längerer Überlegung und vorbedachter Planung,
- e. hinsichtlich der gewählten Mittel bestehen Differenzen (Selbstmörder neigen zu härteren Methoden).

STENGEL (1958) goes even further in asserting that suicide and attempted suicide are the expression of two completely different factors and cover two different categories of persons, as there is a difference with regard to sex and age, that there are more cases of loneliness among those who commit suicide, and that suicides have seldom attempted suicide.

Weiterhin sieht STENGEL (1969) in Selbstmord und Selbstmordversuch "unterscheidbare Verhaltensmuster" und erwähnt, daß jede Selbstmordhandlung nicht nur als eine persönliche, ausschließlich private Tragödie anzuschauen ist, sondern als ein Ereignis, das sowohl soziale Ursachen als auch soziale Auswirkungen hat. Ferner weist er darauf hin, daß die Mehrzahl aller Selbstmordversuche Handlungen sind, "die nicht gesetzt werden, um zu sterben, sondern um zwischenmenschlichen Beziehungen, die in eine Krise geraten sind, eine entscheidende Wendung zu geben".

Schon 1897 stellte der Soziologe Emile DURKHEIM die Behauptung auf, daß jede Selbstmordhandlung einem von drei allgemeinen Typen wissenschaftlich zugeordnet werden könne - dem egoistischen, dem altruistischen oder dem anomischen Typus -, und daß jeder dieser Typen das Ergebnis einer spezifischen gesellschaftlichen Situation sei.

Attempted suicide is defined by POERREGÅRD (1963) as every action carried out by an individual with a more or less conscious intention of taking his own life, but which is unsuccessful either because of external factors or use of inadequate means.

KREITMANN (1972) regards the term "attempted suicide" as misleading in instances of deliberate selfpoisoning or self-injury. Instead he wishes the term "parasuicide introduced", in order to point out that there is a behavioural analogue between such activity and the complete suicide, without thereby suggesting that there is a psychological motivation towards death involved, although this may sometimes be the case.

In den letzten Jahren wies FEUERLEIN (1971) darauf hin, daß "die Beschäftigung mit einer großen Zahl von Patienten mit Selbstvergiftungen durch Tabletteneinnahme zeigte, daß die Dichotomie der beiden Tendenzen Autoaggression und Appell nicht allen Fällen gerecht wird. Neben dem Wunsch nach Autodestruktion und dem Appell nach Hilfe und Kontakt findet man als drittes den Wunsch nach einer Zäsur". FEUERLEIN stellt ein triadisches Modell vor, in dem er bei den meisten Selbstmordversuchen Tendenzen von Appell, Autoaggression und dem Wunsch nach Zäsur gleichzeitig, wenn auch unterschiedlich ausgeprägt, annimmt. Er weist ferner darauf hin, daß sich in Extremfällen (beim Überwiegen einer der drei Tendenzen) Sonderformen des Selbstmordversuchs abzeichnen:

|                                       |
|---------------------------------------|
| Autoaggression - parasuicidale Geste, |
| Zäsur - parasuizidale Pause.          |

Stehen Appell- bzw. Zäsur Tendenzen im Vordergrund, wird nicht mehr von Selbstmordversuch, sondern von parasuicidalen Handlungen gesprochen. Auch STENGEL (1969) meldete Zweifel an, ob es gerechtfertigt sei, solche Vorkommnisse noch als "Selbstmordver-

such" zu bezeichnen, da es Tatsache sei, daß viele Handlungen der Selbstschädigung nicht lebensgefährdend sind, daß eine Selbstmordabsicht oft abgestritten und das Ziel einer Manipulierung der Umgebung nicht selten zugegeben wird.

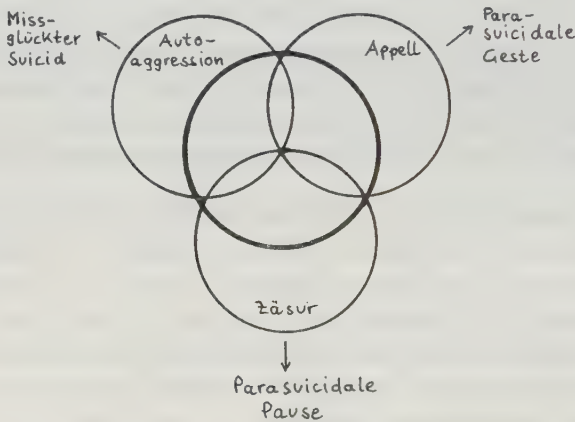


Abb. 1: Motivstruktur der Suizidhandlung nach FEUERLEIN (Nervenarzt 1971, 42)

Das Verhältnis zwischen gelungenen Selbstmorden und Selbstmordversuchen wird von vielen Autoren sehr unterschiedlich beurteilt. Die Zahlenangaben schwanken von 1 : 1,2 (THOMAS, 1964) bis zu 1 : 100 (JAKOBZINER, 1965). Als realistische Schätzungen werden in der einschlägigen Literatur mittlerweile Werte zwischen 1 : 5 und 1 : 15 angegeben (BRÄUTIGAM, 1968; FARBEROW & SHNEIDMAN, 1961; LINDEN, 1969; PARKIN & STENGEL, 1965; RÜEGSEGG, 1963; WORLD HEALTH ORGANISATION, 1968; DUBITSCHER, 1971).

Während Selbstmorde der Meldepflicht unterliegen und daher zu einem hohen Prozentsatz als solche behördlich registriert werden, gibt es bei Selbstmordversuchen keine Meldepflicht. Demzufolge wird nur ein geringer Anteil erfaßt, nämlich nur, wenn die Patienten in klinische oder andere Institutionen, wo eine systematische Registrierung erfolgen kann, aufgenommen wurden oder wenn die Polizei in irgendeiner Form bei der Auffindung oder Versor-

gung der Betroffenen zugegen war. Da eine Klinikaufnahme wohl nur im Falle eines schwereren Zustandbildes des betroffenen Patienten in Frage kommt, und die Polizei sicher nur in einem Bruchteil der Fälle tätig wird, ist die hohe Dunkelziffer erklärlich, zumal bei leichteren Intoxikationen in einem hohen Prozentsatz aus Angst vor Aufdeckung kein Arzt konsultiert wird. Die wahre Zahl der SMV bei Ausländern wird vermutlich durch folgende Faktoren zusätzlich maskiert: Unkenntnis medizinischer Versorgungseinrichtungen im Gastland, Sprachbarrieren, die vom Arztbesuch abhalten, Furcht vor Ausweisung, Mißtrauen den Behörden gegenüber etc..

## 2. PROBLEMSTELLUNG UND KRITISCHE EINSCHRÄNKUNGEN

Die vorliegende Arbeit versucht einen Beitrag zur Frage der besonderen Charakteristika der Ausländer-Selbstmordversuche im Vergleich zu Selbstmordversuchen bei Deutschen zu liefern.

Eine Aufteilung wurde nach folgenden Kriterien vorgenommen: Altersgruppen, Geschlecht, Methoden, Einfluß von Alkohol, Familienstand, Beruf, Motive, klinische Diagnosen.

Es muß darauf hingewiesen werden, daß es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine retrospektive Darstellung mittels Auswertung der psychiatrischen Explorationsunterlagen handelt, so daß vor allem auf den für Ausländer relevanten komplexen Variablenbereich "Belastungen durch Einwanderung" (HÄFNER u.a., 1977), als da sind: "Änderung im soziokulturellen Bezugssystem" (PINTER, 1968), sog. "Kulturschock" (BÖKER, 1977), Akkulturationsstreß usw. sowie auf soziologische Daten wie Wohnsituation (mit Angehörigen, räumliche Beengtheit, Milieu, Hygiene usw.), ehemaliger Sozialstatus im Heimatland, Gründe für eine Arbeitssuche im Ausland, unbewältigte Arbeitssituation in einer fremden Umgebung und anderes mehr, nicht eingegangen werden konnte. Ferner war ein schwerwiegendes Hindernis oftmals die mangelhafte Beherrschung der deutschen Sprache, da es auch nicht immer möglich war, einen Dolmetscher zu der psychiatrischen Exploration zuzuziehen. Demzufolge sind die Anamnesen nicht immer vollständig und können fehlerhaft sein. Somit ist eine falsche Beurteilung der Persönlichkeit des Patienten und seiner Angaben nicht ausgeschlossen. Allein 22,2 % der Patienten hatten überhaupt keine oder nur sehr geringfügige Deutschsprachkenntnisse, ein Hauptfaktor, weil die Anderssprachigkeit einer sozialen Gruppe die Integration verzögern oder gar vollständig verhindern kann (BORRIS, 1973). Andere Autoren sprechen in diesem Zusammenhang vom "bestimmenden Moment" (KULENKAMPFF, 1962), vom "wichtigsten psychopathogenen Faktor" (GOAS & ASIN, 1967), von einer "fast unüberbrückbaren Kluft zur deutschen Bevölkerung" (POECK, 1962), zit. nach BENKERT (1974). Fehlt die Sprache als Kommunikationsmittel, so fehlt nicht nur die Mitteilung durch Sprechen und Verstehen, sondern auch die Klärung

von Konflikten, das Abreagieren von Affekten: "Fehlt im Austausch mit dem Fremden das Medium der Sprache, so werden Affekte blockiert" (BINGEMER, MEISTERMANN-SEEGER, NEUBERT, 1970).

Somit wird erklärlich, daß die oben erwähnte Aufteilung nach Variablen nicht umfassender ausfallen konnte.

MENNINGER-LERCHENTHAL (1947) geht davon aus, daß "Gebiete mit vorwiegend germanischer Bevölkerung viel höhere Selbstmordziffern aufweisen als die Gebiete mit slawischer, keltischer und romanischer Einwohnerschaft", eine Ausnahme macht hierbei allerdings Ungarn mit 29,8/100 000 Einw. (1965 nach Angaben des WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL). Schon 1881 wird das "nicht beidenswerte Vorrecht der germanischen Rasse, die meisten Selbstmorde zu stellen", erwähnt (MORSELLI), wobei allerdings die Schwierigkeit besteht hinsichtlich der Selbstmordrate (WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL, Genève 1968, Suicide and Self-Inflicted-Injury: Bundesrepublik Deutschland 20 pro Jahr und 100 000 Einwohner, Griechenland 3,2/100 000, Italien 5,4/100 000, Spanien 4,9/100 000, Frankreich 15/100 000) in einer Population auf die Zahl der Selbstmordversuche zu schließen (siehe auch S. 4 u. 5); nun wäre es wert festzustellen, ob dieser Unterschied auch bei ausländischen Dauerimmigranten bzw. Gastwanderern zu beobachten ist. Zumal verschiedene Konzepte, wie die Selektionstheorie<sup>1</sup> (COCHRANE, 1977; MURPHY, 1973; ØDEGARD, 1972) und die Theorie vom Akkulturationsstreß<sup>2</sup> sowie die "Breeder-Hypothese"<sup>3</sup> (FARIS & DUNHAM, 1939),

- 1) Die SELEKTIONSTHEORIE unterstellt, daß sich die Immigranten von den Zuhausebleibenden unterscheiden. Spezifischer formuliert: Es sollen vorwiegend die instabilen, in der Heimat schlecht angepaßten, möglicherweise präpsychotischen Individuen zur Wanderung aufbrechen. Nach Überlegungen von COCHRANE steht zu vermuten, daß dies besonders dann der Fall sein dürfte, wenn die Ausreiseprozedur und die im voraus zu erwartenden Umstellungsprozesse im Gastland keine erheblichen Schwierigkeiten aufwerfen, an denen psychisch Labile oder Schwachsinnige scheitern könnten.
- 2) Die Theorie vom AKKULTURATIONSSTRESS sieht in den Anpassungsbelastungen der Migration selbst einen krankmachenden oder krankheitsauslösenden Vorgang. Sie erwartet deshalb bei Immigranten erhöhte Morbiditätsziffern. Als besonders belastend werden genannt: Wechsel vom Land in die Stadt, Trennung von Heimat und Angehörigen, Erlebnis der Sprachbarriere, Angleichung an neue Kommunikations- und Wertsysteme.
- 3) BREEDER-Hypothese: Beobachtung, daß neu eingewanderte und sozioökonomisch schlecht gestellte Personen sich oft in bestimmten ökologischen Zonen, z.B. in Slumgebieten großer Städte, sammeln und dort erhöhte Inzidenzraten psy-

bezüglich einer höheren psychischen Morbidität bei vom Wanderschicksal betroffenen Personen aufgestellt wurden. Der Immigrant auf Dauer gerät nach MURPHY (1973) und MESZAROS (1961) in den Konflikt, seinen anerzogenen kulturellen Wertmaßstäben auch in der neuen Welt treu zu bleiben ("cultural loyalty") oder sie zugunsten einer erzwungenen oder selbstangestrebten Assimilation gegen neue Regeln und Inhalte auszutauschen. Dem Gastarbeiter, der eine Rückkehr in die Heimat für einen Zeitpunkt in absehbarer Zukunft ins Auge faßt, bliebe dieser kulturelle "Loyalitätskonflikt" möglicherweise erspart (zit. nach BÖCKER, 1975).

Dem sind allerdings von vornherein Grenzen gesetzt durch die Verfälschung der Selbstmordziffern (nach ALVAREZ, 1974, liegen die wirklichen Zahlen nach Schätzungen verschiedener Fachleute um 25-50% höher); z.B. Unterdrückung der Selbstmordfeststellung zu Gunsten eines Unfalltodes bzw. die Unzuverlässigkeit nationaler statistischer Selbstmorddaten (verschiedenartige Methoden der Beurkundung von Todesursachen, ihrer Registrierung und statistischen Verarbeitung), so daß nach STENGEL (1969) internationale Vergleiche undurchführbar sind.

Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich daher auf eventuelle signifikante Unterschiede hinsichtlich der bereits aufgeführten Variablen, wobei die ausländischen und deutschen Patienten nicht nur untereinander, sondern bezüglich einiger Kriterien sowohl mit dem Patientengut anderer Untersucher (BÖCKER, 1973; STRAUBE, 1974) - soweit die gleiche Terminologie angewandt wurde - als auch mit der jeweils betroffenen Gesamtbevölkerung in Bezug gesetzt wurden. Besonders erwähnenswert ist die Arbeit von STRAUBE, der

---

chischer Störungen gefunden werden. Die Unterbringung von Gastarbeitern in Barackenlagern und Billigstquartieren mit Ghettocharakter erinnert an derartige Slumregionen, und es wird von manchen Autoren eine erhöhte psychische Erkrankungsneigung durch solche Umstände behauptet.

eine retrospektive Untersuchung von Krankenhausaufnahmedaten von 179 (121 ♂, 58 ♀) Gastarbeitern publizierte, die im Jahre 1970 im Raum München in psychiatrische Kliniken aufgenommen wurden:

Bezirkskrankenhaus Haar 95 Patienten (53%), Universitätsklinik München 59 Patienten (32,9%), Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München 12 Patienten (6,7%), Privatklinik Dr. Schmidt in Gauting 13 Patienten (7,4%).

Hiervon kamen 135 (88♂, 47♀) Patienten aus Ländern, welche auch in unserer Untersuchung vorkamen (Türkei: 16♂, 19♀; Jugoslawien: 37♂, 17♀; Griechenland: 17♂, 5♀; Italien 18♂, 4♀; Spanien: 2♀). Der Rest kam aus Portugal (2♂), den Ostblockstaaten (9♂, 10♀) und Nordafrika (8♂); staatenlos waren 14 Männer und eine Frau.

Die Altersschichtung ergab, daß 39,8% männliche und 51,8% weibliche Patienten jünger als 31 Jahre waren. Die Altersgruppe der 31-40jährigen war bei den Männern mit 30,6% besonders stark vertreten, bei den Frauen die Altersgruppe der 21-30jährigen mit 39,7%.

Der Familienstand schlüsselte sich wie folgt auf: Ledige (43% ♂, 48%♀), Verheiratete (49,8%♂, 43,4%♀), geschieden waren 5,8% männliche und 5,2% weibliche Patienten, verwitwet nur weibliche Patienten (3,5%).

Von den 179 Patienten hatten 36 ernsthafte SMV unternommen (22,3%♂, 15,5% ♀); bei 14 Patienten lagen demonstrative SMV vor (8,3%♂, 6,9%♀).

Die Suizidversuche in Verbindung mit den einzelnen Ländern: Türkei (5 ernsthafte / 3 demonstrative SMV), Jugoslawien (13/2), Griechenland (4/1), Italien (5/4), Ostblock (6/1). Den prozentual größten Anteil an ernstgemeinten SMV hatte die Gruppe der 21-25jährigen: von den 34 Patienten unternahmen 10 einen ernstgemeinten, 4 einen demonstrativen SMV. An zweiter Stelle folgte die Altersgruppe der 31-40jährigen, in der 11 von 53 einen ernstgemeinten Versuch unternahmen.

Als Diagnose wurden am häufigsten gestellt: Schizophrenie (24,8%♂, 24,2%♀), reaktive depressive Verstimmungszustände (13,2%♂, 19%♀), chronischer Alkoholismus (16,5%♂, 6,9%♀), abnorme Erlebnisreaktion (12,4%♂, 12,1%♀), Neurosen (5,8%♂, 5,3%♀), ungeklärte Fälle (13,2%♂, 19%♀).

Anteil der Patienten mit Suizidversuch innerhalb einer Diagnosegruppe:

Schizophrenie (33% ernsthafte SMV), reaktive depressive Verstimmungszustände (22% ernsthafte, 21% demonstrative SMV), chronischer Alkoholismus (8% ernsthafte, 21% demonstrative), abnorme Erlebnisreaktion (19% ernsthafte, 36% demonstrative SMV).

### 3. Probanden und Methodik

#### Auswahlkriterien der Patienten

In der Zeit vom 1.1.1970 bis 31.12.1975 wurden 89 ausländische Patienten, die wegen eines Selbstmordversuchs in das Krankenhaus München Schwabing aufgenommen wurden, im Rahmen der konsiliari-schen Untersuchung durch Ärzte des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München exploriert.

Die Zahl der insgesamt in diesem Zeitraum vorgestellten ausländischen Patienten war höher, jedoch wurden nur Personen aus Griechenland, der Türkei, dem romanischen und slawischen Sprachgebiet berücksichtigt. Die Zahl der amtlich registrierten Ausländer (Stand 31.12.1972) aus Griechenland, Italien, Jugoslawien und der Türkei allein betrug 65% aller Ausländer in München (MÜNCHENER STATISTIK, 1972). Die verschiedenen ethnischen Gruppen konnten untereinander nicht verglichen werden, da aufgrund der kleinen Fallzahlen im Verhältnis zum Untersuchungszeitraum überwiegend nur Gesamtwertungen aller Ausländer möglich waren.

Häufig wird die Zahl der tatsächlich in München lebenden Ausländer höher geschätzt und angegeben. Durch die relativ häufigen Zu- und Fortzugsbewegungen, die sich fast immer zwischen der jeweiligen Stadt und dem Ausland vollziehen, und durch die Tatsache, daß sich viele ausländische Staatsangehörige nicht dem deutschen Melderecht entsprechend ordnungsgemäß abmelden, ist die Einwohnerfortschreibung dieses Bevölkerungsteiles in allen Städten relativ schwierig (MÜNCHENER STATISTIK, 1969). Die im Folgenden aufgeführten Tabellen beziehen sich also nicht auf reale Zahlen, sondern geben lediglich die amtlich erhältlichen Angaben wieder.

Die 89 ausländischen Patienten (33♂, 56♀) bildeten die Standardgruppe, der eine Vergleichsgruppe deutscher Patienten mit Selbstmordversuch (33♂, 56♀) gegenübergestellt wurde.

Hierbei bedienten wir uns einer Zusammenstellung aller Patienten mit SMV von 1970-75, indem wir jedem ausländischen Patienten aus den obengenannten Sprachräumen einen deutschen zuordneten, der in der Liste zeitlich als nächster geführt wurde und zusätzlich folgende Paarungskriterien (matched pairs) erfüllte:  
gleiches Geschlecht, Wohnsitz in München.

Die statistische Auswertung wird auf Seite 42 beschrieben.

#### 4. HYPOTHESEN DIESER UNTERSUCHUNG

1. Ausländer und Deutsche beiderlei Geschlechtes, die einen Suizidversuch unternommen haben, unterscheiden sich hinsichtlich des zahlenmäßigen Anteils in den Altersgruppen unter 30 Jahren nicht.
2. Die SMV-Methoden sind bei Ausländern und Deutschen die gleichen.
3. Bezüglich des Familienstandes bestehen keine Unterschiede.
4. Unter den Ausländern gibt es prozentual mehr Arbeiter als unter den Deutschen, da der Anteil der Arbeiter aufgrund der Arbeitsmarktsituation überrepräsentiert ist.
5. Die Motive für den Selbstmordversuch liegen bei den Deutschen mehr im interfamiliären bzw. zwischenpartnerlichen Bereich.
6. Finanzielle und soziale Probleme als Motive überwiegen bei den Ausländern.
7. Die Diagnose "Alkoholismus" wird bei den deutschen Männern öfter gestellt. Im Gegensatz hierzu gibt es bei den Ausländern und Deutschen weiblichen Geschlechtes keinen Unterschied.
8. Die Anzahl der diagnostizierten Psychosen sind bei Ausländern und Deutschen gleich häufig.
9. Die Ausländer sind in Relation zur ausländischen Gesamtbevölkerung in München bei den Patienten mit SMV unterrepräsentiert.

## 5. ERGEBNISSE

### a) Altersverteilung

Hinsichtlich des Alters unserer Patienten mit Selbstmordversuch gingen wir der Frage nach, wieweit sich Ausländer und Deutsche hierbei untereinander und gegenüber der ausländischen und deutschen Wohnbevölkerung in München abheben, indem wir die entsprechenden Verteilungskurven mit den Verteilungskurven der jeweils betroffenen Bevölkerung von München anhand der Angaben der statistischen Jahrbücher verglichen (Tab. 1-4).

Tabelle 1 Altersverteilung der ausländischen Patienten (1970 - 1975)

|         | MÄNNER      | FRAUEN      | GESAMT      |
|---------|-------------|-------------|-------------|
| < 20    | 2 ( 6,1%)   | 13 ( 23,2%) | 15 ( 16,9%) |
| 20 - 29 | 18 ( 54,5%) | 35 ( 62,5%) | 53 ( 59,6%) |
| 30 - 39 | 5 ( 15,2%)  | 5 ( 8,9%)   | 10 ( 11,2%) |
| 40 - 49 | 7 ( 21,2%)  | 2 ( 3,6%)   | 9 ( 10,1%)  |
| 50 - 59 |             | 1 ( 1,8%)   | 1 ( 1,1%)   |
| 60 - 69 | 1 ( 3,0%)   |             | 1 ( 1,1%)   |
| > 70    |             |             |             |
|         | 33 (100,0%) | 56 (100,0%) | 89 (100,0%) |

Tabelle 2 Altersverteilung der deutschen Patienten (1970 - 1975)

|         | MÄNNER      | FRAUEN      | GESAMT      |
|---------|-------------|-------------|-------------|
| < 20    | 2 ( 6,1%)   | 9 ( 16,1%)  | 11 ( 12,4%) |
| 20 - 29 | 17 ( 51,5%) | 19 ( 33,9%) | 36 ( 40,4%) |
| 30 - 39 | 7 ( 21,2%)  | 13 ( 23,2%) | 20 ( 22,5%) |
| 40 - 49 | 3 ( 9,1%)   | 5 ( 8,9%)   | 8 ( 9,0%)   |
| 50 - 59 | 3 ( 9,1%)   | 5 ( 8,9%)   | 8 ( 9,0%)   |
| 60 - 69 | 1 ( 3,0%)   | 2 ( 3,6%)   | 3 ( 3,4%)   |
| > 70    |             | 3 ( 5,4%)   | 3 ( 3,4%)   |
|         | 33 (100,0%) | 56 (100,0%) | 89 (100,1%) |

Tabelle 3 Einwohner mit ausländischer Staatsangehörigkeit in München nach Altersgruppen<sup>1)</sup> (Stand 1973)<sup>2)</sup>

|         | MÄNNER          | FRAUEN         | GESAMT          |
|---------|-----------------|----------------|-----------------|
| < 20    | 7 345 ( 5,4%)   | 5 512 ( 8,3%)  | 12 857 ( 6,4%)  |
| 20 - 29 | 46 712 (34,3%)  | 29 173 (44,1%) | 75 885 (37,5%)  |
| 30 - 39 | 44 324 (32,6%)  | 15 898 (24,1%) | 60 222 (29,8%)  |
| 40 - 49 | 24 312 (17,9%)  | 8 016 (12,1%)  | 32 328 (16,0%)  |
| 50 - 59 | 8 722 ( 6,4%)   | 3 904 ( 5,9%)  | 12 626 ( 6,2%)  |
| 60 - 69 | 3 322 ( 2,4%)   | 1 997 ( 3,0%)  | 5 319 ( 2,6%)   |
| > 70    | 1 288 ( 0,9%)   | 1 587 ( 2,4%)  | 2 875 ( 1,4%)   |
|         | 136 025 (99,9%) | 66 087 (99,9%) | 202 112 (99,9%) |

Tabelle 4 Einwohner mit deutscher Staatsangehörigkeit in München nach Altersgruppen<sup>1)</sup> (Stand 1973)<sup>2)</sup>

|         | MÄNNER           | FRAUEN           | GESAMT          |
|---------|------------------|------------------|-----------------|
| < 20    | 35 178 ( 8,3%)   | 35 268 ( 6,7%)   | 70 446 ( 7,4%)  |
| 20 - 29 | 83 205 (19,6%)   | 84 745 (16,0%)   | 167 950 (17,6%) |
| 30 - 39 | 96 341 (22,7%)   | 98 586 (18,6%)   | 194 927 (20,4%) |
| 40 - 49 | 63 440 (14,9%)   | 74 215 (14,0%)   | 137 655 (14,4%) |
| 50 - 59 | 52 006 (12,2%)   | 77 852 (14,7%)   | 129 858 (13,6%) |
| 60 - 69 | 56 798 (13,4%)   | 83 911 (15,9%)   | 140 709 (14,7%) |
| > 70    | 38 144 ( 9,0%)   | 74 437 (14,1%)   | 112 581 (11,8%) |
|         | 425 112 (100,1%) | 529 014 (100,0%) | 954 126 (99,9%) |

Wie aus der Tabelle 1 und 2 ersichtlich, überwiegen bei den männlichen Patienten die Ausländer deutlicher in der Altersgruppe der 40 - 49jährigen (21,2%), während sie bei den über 50jährigen (3%) kaum mehr vertreten sind.

1) Die Altersgruppe unter 14 Jahren wurde nicht berücksichtigt

2) Ein Altersaufbau getrennt für die deutsche und ausländische Bevölkerung in München wurde nur für das Jahr 1973 vom Statistischen Amt veröffentlicht, ohne allerdings die einzelnen Staaten gesondert anzuführen.

Bei den Frauen fällt der hohe Anteil der ausländischen Patientinnen unter 30 Jahre auf (85,7%), im Gegensatz zu den Deutschen mit 50%, wobei die 20 - 29jährigen mit 62,5% besonders hervorstechen.

Die ausländischen Patienten sind in der Gruppe der 20 - 29jährigen mit 54,5% stärker vertreten, als es dem Bevölkerungsanteil dieser Altersstufe entspricht (Tab. 3), dagegen bei den 30 - 39jährigen mit 15,2% niedriger gelegen, als es der Ausländerprozentsatz dieser Altersgruppe in der Bevölkerung (32,6%) erwarten ließe.

Bei den Ausländerinnen fällt vor allem der geringe Anteil in der Altersgruppierung über 30 Jahre auf (14,3%), wohingegen bei den ausländischen Bewohnerinnen Münchens immerhin 47,5% dieser Gruppe zugehören.

Im Vergleich zu den deutschen Einwohnern in München ist bei den deutschen Patienten die Altersgruppe der 20 - 29jährigen mit 51,5% stark überrepräsentiert, da diese Gruppe nur 19,6% der Bevölkerung ausmacht (Tab. 4), hingegen die Altersgruppe der über 40jährigen bei den Patienten mit nur 21,2% gegenüber 49,5% in der Bevölkerung erheblich unterrepräsentiert.

Noch gravierender zeigt sich die Diskrepanz bei den deutschen Patientinnen wo bloß 26,8% älter als 40 Jahre sind, bei einem Bevölkerungsanteil von 58,7%. Hier sind besonders die 14 - 20 (16,1%) und die 20 - 29jährigen (33,9%) überrepräsentiert.

Wenn man die ausländischen und die deutschen Einwohneranteile vergleicht, so sind die 20 - 39jährigen beiderlei Geschlechts bei den Ausländern überbeteiligt und zwar bedingt durch die ausländischen Arbeitnehmer, hingegen die Bewohner, die das Alter von 50 Jahren überschritten haben, unterbeteiligt, was die oben angeführten Ergebnisse verständlich macht.

Um das bereits Erwähnte besser veranschaulichen zu können, sei auf die Abbildungen 2 und 3 verwiesen, die die Altersverteilung unserer Patienten (s.a. Tab. 1 u. 2) unter Berücksichtigung des Geschlechts im Vergleich mit der jeweiligen Normalbevölkerung (s.a. Tab. 3 u. 4) nochmals verdeutlicht.

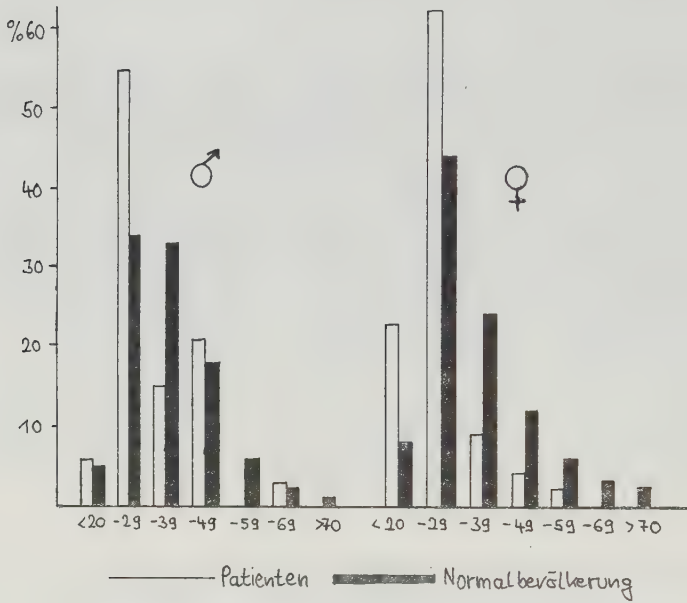


Abb. 2: Altersverteilung nach Geschlecht (Ausländer)

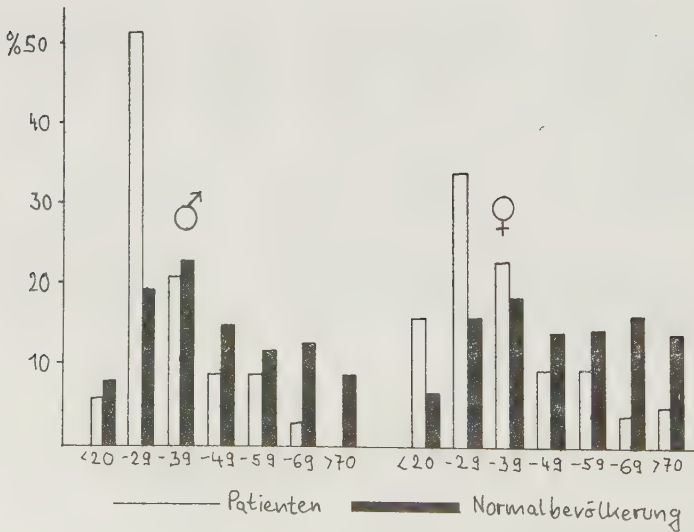


Abb. 3: Altersverteilung nach Geschlecht (Deutsche)

Zusammenfassend kann man sagen, daß sich sowohl das ausländische wie das deutsche Patientengut bei beiden Geschlechtern überwiegend aus den Altersgruppen der unter 30jährigen rekrutiert eine Tatsache, die in der Literatur über Selbstmordversuche als gesichert vorauszusetzen war. Weiterhin gaben wir das Geschlechterverhältnis in den einzelnen Altersgruppen für die ausländischen und deutschen Patienten bzw. die jeweilige Bezugsbevölkerung Münchens in Prozent an (Tab. 5-8).

Tabelle 5 Ausländische Patienten. Geschlechtsanteile in einer Altersgruppe (%).

|         | MÄNNER     | FRAUEN     | GESAMT    |
|---------|------------|------------|-----------|
| < 20    | 2 (13,3%)  | 13 (86,7%) | 15 (100%) |
| 20 - 29 | 18 (34,0%) | 35 (66,0%) | 53 (100%) |
| 30 - 39 | 5 (50,0%)  | 5 (50,0%)  | 10 (100%) |
| 40 - 49 | 7 (77,8%)  | 2 (22,2%)  | 9 (100%)  |
| 50 - 59 | -          | 1          | 1         |
| 60 - 69 | 1          | -          | 1         |
| > 70    | -          | -          | -         |
|         | 33 (37,1%) | 56 (62,9%) | 89 (100%) |

Tabelle 6 Deutsche Patienten. Geschlechtsanteile in einer Altersgruppe (%).

|         | MÄNNER     | FRAUEN     | GESAMT    |
|---------|------------|------------|-----------|
| < 20    | 2 (18,2%)  | 9 (81,8%)  | 11 (100%) |
| 20 - 29 | 17 (47,2%) | 19 (52,8%) | 36 (100%) |
| 30 - 39 | 7 (35,0%)  | 13 (65,0%) | 20 (100%) |
| 40 - 49 | 3 (37,5%)  | 5 (62,5%)  | 8 (100%)  |
| 50 - 59 | 3 (37,5%)  | 5 (62,5%)  | 8 (100%)  |
| 60 - 69 | 1 (33,3%)  | 2 (66,7%)  | 3 (100%)  |
| > 70    | -          | 3          | 3         |
|         | 33 (37,1%) | 56 (62,9%) | (100%)    |

Tabelle 7 Einwohner mit ausländischer Staatsangehörigkeit in München.  
Geschlechtsanteile in einer Altersgruppe (%).

|         | MÄNNER          | FRAUEN         | GESAMT         |
|---------|-----------------|----------------|----------------|
| < 20    | 7 345 (57,1%)   | 5 512 (42,9%)  | 12 857 (100%)  |
| 20 - 29 | 46 712 (61,6%)  | 29 173 (38,4%) | 75 885 (100%)  |
| 30 - 39 | 44 324 (73,6%)  | 15 898 (26,4%) | 60 222 (100%)  |
| 40 - 49 | 24 312 (75,2%)  | 8 016 (24,8%)  | 32 328 (100%)  |
| 50 - 59 | 8 722 (69,1%)   | 3 904 (30,9%)  | 12 626 (100%)  |
| 60 - 69 | 3 322 (62,5%)   | 1 997 (37,5%)  | 5 319 (100%)   |
| > 70    | 1 288 (44,8%)   | 1 587 (55,2%)  | 2 875          |
|         | 136 025 (67,3%) | 66 087 (32,7%) | 202 112 (100%) |

Tabelle 8 Einwohner mit deutscher Staatsangehörigkeit in München.  
Geschlechtsanteile in einer Altersgruppe (%).

|         | MÄNNER          | FRAUEN          | GESAMT         |
|---------|-----------------|-----------------|----------------|
| < 20    | 35 178 (49,9%)  | 35 268 (50,1%)  | 70 446 (100%)  |
| 20 - 29 | 83 205 (49,5%)  | 84 745 (50,5%)  | 167 950 (100%) |
| 30 - 39 | 96 341 (49,4%)  | 98 586 (50,6%)  | 194 927 (100%) |
| 40 - 49 | 63 440 (46,1%)  | 74 215 (53,9%)  | 137 655 (100%) |
| 50 - 59 | 52 006 (40,0%)  | 77 852 (60,0%)  | 129 858 (100%) |
| 60 - 69 | 56 798 (40,4%)  | 83 911 (59,6%)  | 140 709 (100%) |
| > 70    | 38 144 (33,9%)  | 74 437 (66,1%)  | 112 581 (100%) |
|         | 425 112 (44,6%) | 529 014 (55,4%) | 954 126 (100%) |

Bemerkenswert ist allerdings, daß der prozentuale Geschlechtsanteil in der Altersgruppe <30 Jahre bei den ausländischen Einwohnerinnen Münchens niedriger ist (Tab. 7) als bei den deutschen Einwohnerinnen (Tab. 8). Trotzdem ist aber der Anteil ausländischer Patientinnen in dieser Altersgruppe stärker vertreten (Tab. 5) als bei den deutschen Patientinnen (Tab. 6) - vor allem die 20 - 29jährigen - , ja er ist beinahe doppelt so hoch wie die entspre-

chende Bezugsgröße der ausländischen Bewohnerinnen Münchens.  
Dies spricht für die besondere Gefährdung junger ausländischer  
Frauen einen Suizidversuch zu begehen.

Die nachfolgenden Abbildungen 4 und 5 stellen das soeben Angeführte nochmals graphisch dar.

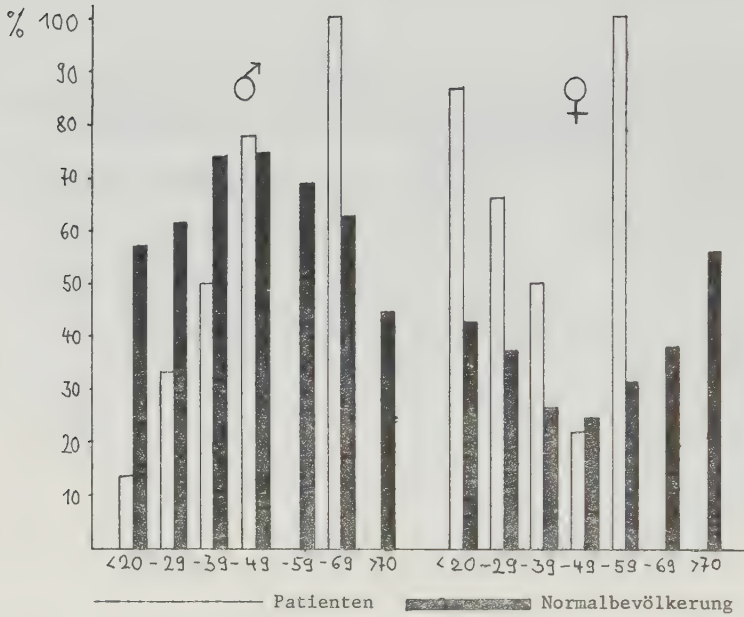


Abb. 4: Ausländer. Geschlechtsanteile in einer Altersgruppe (%)  
(s.a. Tab. 5 u. 7)

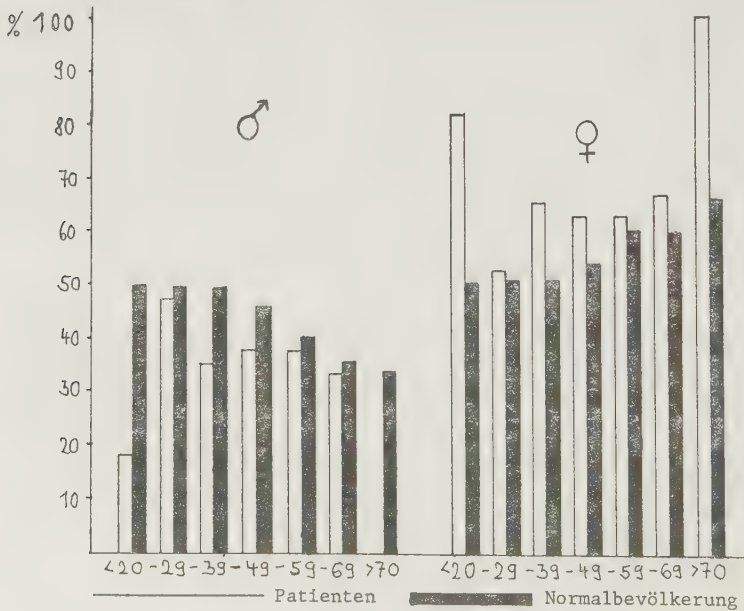


Abb. 5: Deutsche. Geschlechtsanteile in einer Altersgruppe (%)  
(s.a. Tab. 6 u. 8)

## b) Geschlechtsverteilung

Während der allgemein geläufige und weltweit nachgewiesene Geschlechtsunterschied zwischen Selbstmord und Selbstmordversuch sich auch bei unserem ausländischen Patientengut wieder zeigte: nämlich im Gegensatz zum Selbstmord ein Überwiegen der Frauen bei den Selbstmordversuchen, so differierte bei den einzelnen Nationen die Geschlechtsverteilung doch erheblich.

Tabelle 9 Geschlechtsverteilung (Ausländer mit Selbstmordversuch)  
1970 - 1975

| NATIONALITÄT       | GESCHLECHT | ANZAHL    | PROZENT      | VERHÄLTNIS<br>ca. |
|--------------------|------------|-----------|--------------|-------------------|
| Jugoslawien        | männlich   | 11        | 32,4         | 0,5 : 1           |
|                    | weiblich   | 23        | 67,6         |                   |
| Italien            | männlich   | 7         | 43,8         | 0,8 : 1           |
|                    | weiblich   | 9         | 56,2         |                   |
| Türkei             | männlich   | 8         | 42,1         | 0,7 : 1           |
|                    | weiblich   | 11        | 57,9         |                   |
| Griechenland       | männlich   | 3         | 42,9         | 0,75 : 1          |
|                    | weiblich   | 4         | 57,1         |                   |
| Frankreich         | männlich   | 2         | 22,2         | 0,3 : 1           |
|                    | weiblich   | 7         | 77,8         |                   |
| Spanien            | männlich   | 1         |              |                   |
|                    | weiblich   | 1         |              |                   |
| Ungarn             | weiblich   | 1         |              |                   |
| Luxemburg          | männlich   | 1         |              |                   |
| Ausländer zusammen | männlich   | 33        | 37,1         |                   |
|                    | weiblich   | <u>56</u> | <u>62,9</u>  |                   |
|                    |            | <u>89</u> | <u>100,0</u> |                   |

Wie aus Tabelle 9 ersichtlich, lag z.B. der Anteil der Männer (Franzosen) bei 22,2%, hingegen ergab sich bei den Italienern ein Anteil von 43,8%. Allerdings stellt sich die Frage, ob man, in Anbetracht der im Verhältnis zum Untersuchungszeitraum kleinen Fallzahlen, Aussagen bezüglich einer nationalen Eigenart hinsichtlich eines stärkeren Überwiegens der Frauen bei einzelnen Ausländergruppierungen im Vergleich zu anderen machen kann.

Nähere Aufschlüsse, die den unterschiedlichen Geschlechtsanteil betreffs Selbstmordversuchs bei den Nationen erklären, kann man den statistischen Jahrbüchern der Stadt München entnehmen, wo die Ausländer nach Anzahl, Staatsangehörigkeit und Geschlecht aufgeführt sind.

Tabelle 10 Amtlich registrierte Ausländer in München nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht 1970 - 1975 (für 1974 waren keine Zahlen erhältlich)<sup>1)</sup>

| LAND              | MÄNNER        | FRAUEN       | VERHÄLTNIS ca. |
|-------------------|---------------|--------------|----------------|
| 1970 Jugoslawien  | 30 373        | 11 932       | 2,5 : 1        |
| 1971 Jugoslawien  | 33 221        | 11 719       | 2,8 : 1        |
| 1972 Jugoslawien  | 37 806        | 13 989       | 2,7 : 1        |
| 1973 Jugoslawien  | 43 913        | 16 455       | 2,7 : 1        |
| 1975 Jugoslawien  | 39 481        | 18 650       | 2,1 : 1        |
|                   | 184 794 71,8% | 72 745 28,2% | 2,5 : 1        |
| 1970 Italien      | 21 517        | 3 684        | 5,8 : 1        |
| 1971 Italien      | 20 033        | 3 582        | 5,6 : 1        |
| 1972 Italien      | 21 229        | 4 677        | 4,5 : 1        |
| 1973 Italien      | 23 452        | 5 330        | 4,4 : 1        |
| 1975 Italien      | 21 582        | 6 210        | 3,5 : 1        |
|                   | 107 813 82,1% | 23 483 17,9% | 4,6 : 1        |
| 1970 Türkei       | 17 321        | 6 240        | 2,8 : 1        |
| 1971 Türkei       | 18 562        | 5 527        | 3,4 : 1        |
| 1972 Türkei       | 21 350        | 7 100        | 3,0 : 1        |
| 1973 Türkei       | 25 365        | 8 898        | 2,9 : 1        |
| 1975 Türkei       | 22 725        | 10 912       | 2,1 : 1        |
|                   | 105 323 73,1% | 38 677 26,9% | 2,7 : 1        |
| 1970 Griechenland | 14 430        | 8 049        | 1,8 : 1        |
| 1971 Griechenland | 14 337        | 7 516        | 1,9 : 1        |
| 1972 Griechenland | 15 219        | 9 180        | 1,7 : 1        |
| 1973 Griechenland | 16 237        | 10 066       | 1,6 : 1        |
| 1975 Griechenland | 13 389        | 10 931       | 1,2 : 1        |
|                   | 73 612 61,7%  | 45 742 38,3% | 1,6 : 1        |
| 1970 Frankreich   | 749           | 846          | 0,9 : 1        |
| 1971 Frankreich   | 783           | 919          | 0,9 : 1        |
| 1972 Frankreich   | 871           | 1 156        | 0,8 : 1        |
| 1973 Frankreich   | 1 054         | 1 407        | 0,7 : 1        |
| 1975 Frankreich   | 867           | 1 851        | 0,5 : 1        |
|                   | 4 324 41,2%   | 6 179 58,8%  | 0,7 : 1        |

1) Auf die Aufzählung der Länder Spanien, Ungarn und Luxemburg wurde verzichtet.

Hierbei entspricht das Durchschnittsverhältnis Männer zu Frauen (1970 - 1975) 0,7 : 1 (Frankreich), womit der stärkere Überhang der Frauen bei dieser Nation im Vergleich zu den anderen erklärlicher wird, wohingegen es bei den Italienern 4,6 : 1 beträgt. Die Italiener liegen somit deutlich an der Spitze, gefolgt von den Türken 2,7 : 1 und den Jugoslawen 2,5 : 1. Bei der deutschen Bevölkerung in München ließ sich 1975 ein Verhältnis von 1 : 1,2 nachweisen.

Ab dem Jahr 1972 (Tab. 10) zeigt sich ein stetiger Zuwachs der weiblichen Personen an der jeweiligen Nationalität, der wohl hauptsächlich durch eine verstärkte Familienzusammenführung zu erklären ist, wogegen der Anteil der Männer seit 1974/75 rückläufig ist. Eine ähnliche Entwicklung macht sich auch in unserem Patientengut bemerkbar (Abb. 6).

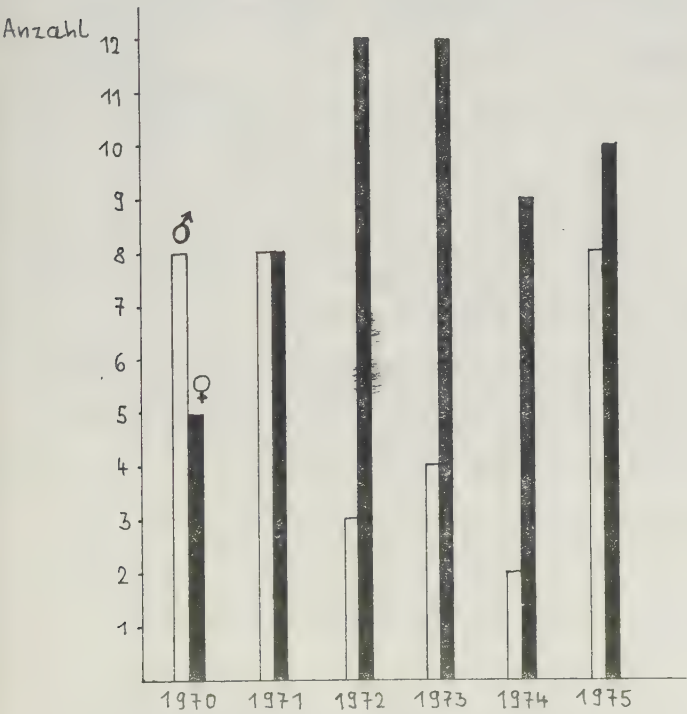


Abb. 6: Zahl der Suizidversuche nach Aufnahmejahren

Nachdem 1970 auf Grund der bereits erwähnten Geschlechterproportion noch die Männer bei Selbstmordversuchen überwogen, kam es 1971 zu einem Gleichstand und ab 1972 zu einem Verschieben der Zahlenverhältnisse, so daß 1974 der Anteil der Frauen mehr als 4 x so hoch war wie der der Männer, was allerdings durch die dazu verhältnismäßig geringe Zunahme der weiblichen Ausländer seit 1972 in München nicht hinreichend erläutert werden kann.

Wenn man die Ausländer in ihrer Gesamtheit betrachtet, stehen 37,1% Suizidversuchen von Männern 62,9% von Frauen in unserem Krankengut gegenüber.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam BÖCKER bei der Untersuchung von 9 553 Suizidversuchen, die von 1950 - 1967 in der Universitäts-Nervenlinik Köln beobachtet wurden, nämlich auf eine Zahl von 39,4% Männer und 60,6% Frauen, freilich nahm er keine Trennung nach Nationalitäten vor, es dürfte sich dabei aber um vorwiegend deutsche Patienten gehandelt haben.

THILGES und BATTEGAY kamen bei einer Gesamtzahl von 100 Patienten, die sie 1968 wegen Suizidversuchen auf der Notfallstation der Medizinischen Universitätsklinik Basel konsiliarisch zu untersuchen hatten, auf ein Verhältnis von 29 : 71, wobei sich im Vergleich zu der Geschlechtsverteilung in der Bevölkerung des Kantons Basel-Stadt (47 : 53) ein signifikantes Überwiegen des weiblichen Geschlechts unter den Patienten zeigt.

KOCKOTT, HEYSE und FEUERLEIN kamen 1970 anhand von 100 Patienten, die wegen einer suizidalen Handlung auf die Toxikologische Abteilung des Klinikums rechts der Isar der Technischen Hochschule München aufgenommen wurden, zu einem Ergebnis von 31 : 69.

Torben ARNGRIM untersuchte am Department für Psychiatrie der Universitätsklinik Odense während der Zeit vom 1.10.67 bis 31.12.68 76 Patienten, die unter der Diagnose "Selbstmordversuch" eingewiesen wurden, wobei der Prozentsatz der Männer 38% gegenüber 62% bei den Frauen betrug.

### c) Methoden

Nach der Einteilung von BOCHNIK (1962), der "harte Methoden"<sup>1)</sup> (Strangulation, Ertrinken, Erschießen, Schnitt- und Stichverletzungen sowie Abstürze) den "weichen Methoden", d.h. allen Arten von Vergiftungen, gegenüberstellte, stehen bei den SMV im Ggs. zu den SM die weichen Methoden bei beiden Geschlechtern weitaus an erster Stelle, wenn auch bei den Männern noch häufiger harte Methoden zu finden sind. Diese in zahlreichen Untersuchungen als gesichert angesehenen Ergebnisse bestätigten sich auch in unserem Krankengut wieder.

Tabelle 11 Methode und Geschlecht (Ausländische Patienten 1970 - 1975)

| METHODE                 | männlich | weiblich | zusammen |
|-------------------------|----------|----------|----------|
|                         | Anzahl % | Anzahl % | Anzahl % |
| Medikamente             | 25 75,8  | 53 94,6  | 78 87,6  |
| <u>Schneiden/Stiche</u> | 4 12,1   | 2 3,6    | 6 6,7    |
| Gift                    | 1 3,0    |          | 1 1,1    |
| Gas                     |          |          |          |
| Säure                   |          | 1 1,8    | 1 1,1    |
| <u>Schießen</u>         |          |          |          |
| <u>Stürzen</u>          |          |          |          |
| <u>Auto</u>             | 1 3,0    |          | 1 1,1    |
| mehrere (Tabl. u. Gas)  |          |          |          |
| (Tabl. u. Schneiden)    | 2 6,1    |          | 2 2,2    |
| -----                   |          |          |          |
| zusammen                | 33 100,0 | 56 100,0 | 89 100,0 |

---

1) Zu den harten Methoden rechneten wir auch die gleichzeitige Anwendung eines weichen Mittels u. einer harten Methode. Um eine bessere Übersicht zu ermöglichen, haben wir die "harten Methoden" in den Tabellen 11 u. 12 unterstrichen.

Tabelle 12 Methode und Geschlecht (Deutsche Patienten 1970 - 1975)

| METHODE                     | männlich |       | weiblich |       | zusammen |      |
|-----------------------------|----------|-------|----------|-------|----------|------|
|                             | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     | Anzahl   | %    |
| Medikamente                 | 26       | 78,8  | 49       | 87,5  | 75       | 84,3 |
| <u>Schneiden/Stiche</u>     | 2        | 6,1   | 4        | 7,1   | 6        | 6,7  |
| Gift                        | 2        | 6,1   |          |       | 2        | 2,2  |
| Gas                         | 1        | 3,0   |          |       | 1        | 1,1  |
| Säure                       |          |       |          |       |          |      |
| <u>Schießen</u>             | 1        | 3,0   |          |       | 1        | 1,1  |
| <u>Stürzen</u>              | 1        | 3,0   |          |       | 1        | 1,1  |
| <u>Auto</u>                 | 0        |       |          |       | 0        |      |
| mehrere (Tabl. u. Gas)      | 0        |       | 2        | 3,6   | 2        | 2,2  |
| <u>(Tabl. u. Schneiden)</u> | 0        |       | 1        | 1,8   | 1        | 1,1  |
|                             |          |       | 5,4      |       | 3,3      |      |
| zusammen                    | 33       | 100,0 | 56       | 100,0 | 89       | 99,8 |

Einen überwiegenden Prozentsatz der "weichen Methoden" nahmen die Medikamente ein, vor allem Hypnotika, Sedativa und Analgetika, und zwar bei ausländischen und deutschen Patienten beiderlei Geschlechts.

Der Anteil der "harten Methoden" war bei den ausländischen Männern am höchsten mit 21,2%, gefolgt von den deutschen Männern mit 12,1%, den deutschen Frauen mit 8,9%, den ausländischen Frauen mit 3,6%. Hierbei sei angemerkt, daß die größte Rubrik der "harten Methode" das "Schneiden und das Stechen" betraf. Auffallend war bei Ausländern und Deutschen der höhere Medikamentenanteil bei den Frauen gegenüber den Männern, der vor allem bei den Ausländerinnen sehr deutlich zu Tage trat (♀ 94,6%, ♂ 75,8%).

Wenn man Ausländer und Deutsche nach dem Geschlecht zusammenfaßt, ergibt sich ein Gleichstand: 89,8% "weiche Methoden" bei ausländischen und deutschen Patienten sowie jeweils 10% "harte Methoden" bei Ausländern und Deutschen.

d) Einfluß von Alkohol

Nach RINGEL u. ROTTER (1957) kann man folgende Beziehungen zwischen Alkoholismus und SMH herstellen:

1. Nicht-Alkoholiker begehen in einem zufälligen Alkoholrausch einen Selbstmordversuch;
2. Nicht-Alkoholiker trinken bewußt Alkohol, um sich für eine Selbstmordhandlung zu enthemmen;
3. Alkoholiker begehen einen Selbstmordversuch.

BÖHME u. DITTBRENNER (1976) wiesen darauf hin, daß Alkohol auch oftmals verwandt wird, um die Wirkung von Medikamenten zu verstärken, bzw. um möglicherweise eine Unempfindlichkeit gegen körperlichen Schmerz hervorzurufen, welche dann die Anwendung harter Selbstmordmittel erleichtern könne. Schließlich wird auch der Alkohol allein in seltenen Fällen als Selbstmordmittel verwendet.

The findings of recent experimental intoxication studies also support the impression that intoxication per se may be a crucial factor in suicide attempts. These studies have shown that alcoholics experience increasing anxiety and depression with continued heavy drinking (McNAMEE, MELLO and MENDELSON (1968), NATHAN, TITLER, LOWENSTEIN et al. (1970)). TAMERIN and MENDELSON (1969) have observed the development of severe depression to suicidal proportions, after two weeks of experimental intoxication. This finding suggests that continuous heavy drinking can produce what might be called "a depressive syndrome of chronic intoxication" (zit. nach MAYFIELD and MONTGOMERY, 1972).

Tabelle 13 Alkoholeinfluß und Geschlecht (Ausländische Patienten mit SMV)

| ALKOHOLEINFLUSS | männlich |       | weiblich |       | zusammen |       |
|-----------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|                 | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     |
| ja              | 9        | 27,3  | 3        | 5,4   | 12       | 13,5  |
| nicht erwähnt   | 24       | 72,7  | 53       | 94,6  | 77       | 86,5  |
| zusammen        | 33       | 100,0 | 56       | 100,0 | 89       | 100,0 |

Tabelle 14 Alkoholeinfluß und Geschlecht (Deutsche Patienten mit SMV)

| ALKOHOLEINFLUSS | männlich |       | weiblich |       | zusammen |       |
|-----------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|                 | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     |
| ja              | 14       | 42,4  | 10       | 17,9  | 24       | 27,0  |
| nicht erwähnt   | 19       | 57,6  | 46       | 82,1  | 65       | 73,0  |
| zusammen        | 33       | 100,0 | 56       | 100,0 | 89       | 100,0 |

In unserem Patientengut ließ sich der Einfluß von Alkohol vor allem bei den deutschen Männern in einem hohen Prozentsatz nachweisen (42,4%), während sich der Anteil bei den Ausländern auf 27,3% belief. Bei den weiblichen Patienten mit SMV spielte der Alkoholeinfluß vor allem bei den Ausländerinnen nur eine sehr geringe Rolle (5,4%), dagegen waren immerhin 17,9% der deutschen Patientinnen bei ihrem Selbstmordversuch alkoholisiert.

### e) Familienstand

Zur Klärung eines möglichen Einflusses des Personenstandes auf die SV-Neigung ist die Zusammensetzung der ausländischen und deutschen Gesamtbevölkerung Münchens hinsichtlich der Merkmale "ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden" maßgebend.

Tabelle 15 Familienstand und Geschlecht. Ausländ. Patienten mit SMV  
(1970 - 1975)

| Familienstand | männlich |       | weiblich |       | zusammen |      |
|---------------|----------|-------|----------|-------|----------|------|
|               | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     | Anzahl   | %    |
| ledig         | 17       | 51,5  | 30       | 53,6  | 47       | 52,8 |
| verheiratet   | 12       | 36,4  | 23       | 41,1  | 35       | 39,3 |
| verwitwet     | -        | -     | -        | -     | -        | -    |
| geschieden    | 3        | 9,1   | 3        | 5,4   | 6        | 6,7  |
| unbekannt     | 1        | 3,0   |          |       | 1        | 1,1  |
| zusammen      | 33       | 100,0 | 56       | 100,1 | 89       | 99,9 |

Tabelle 16 Die in München wohnhaften Ausländer nach dem Familienstand  
(Stand 1969)<sup>1)</sup>

| Familienstand | männlich |       | weiblich |       | zusammen |       |
|---------------|----------|-------|----------|-------|----------|-------|
|               | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     |
| ledig         | 39 286   | 43,5  | 22 703   | 48,6  | 61 989   | 45,3  |
| verheiratet   | 48 673   | 53,9  | 19 774   | 42,4  | 68 447   | 50,0  |
| verwitwet     | 533      | 0,6   | 2 047    | 4,4   | 2 580    | 1,9   |
| geschieden    | 1 766    | 2,0   | 2 147    | 4,6   | 3 913    | 2,9   |
| zusammen      | 90 258   | 100,0 | 46 671   | 100,0 | 136 929  | 100,1 |

In Bezug auf den Zivilstand konnte bei den ausländischen Patienten beiderlei Geschlechts eine gegenüber der Durchschnittsbevölkerung andersartige Verteilung nachgewiesen werden (Tabelle 15 und 16). Als besonders suizidgefährdet können nach unserer Untersuchung ledige und geschiedene Ausländer gelten, da diese

1) Eine Aufgliederung der ausländischen Staatsangehörigen nach dem Familienstand und dem Geschlecht wurde vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt München nur für das Jahr 1969 herausgegeben, daher konnte eine in späteren Jahren evtl. andersgeartete Verteilung nicht berücksichtigt werden.

Familienstandsgruppen vor allem bei den männlichen Patienten stark überrepräsentiert sind. Die Ehe scheint dagegen einen hemmenden Einfluß auf SV auszuüben, der bei den Männern sehr viel stärker als bei den Frauen zum Vorschein kommt. Da wie im vorstehenden zu erkennen war, ein großer Teil der ausländischen Bevölkerung in jüngeren Altersjahren anzutreffen ist, gehört die Verwitwung noch zu den großen Ausnahmen, demzufolge gab es bei unserem ausländischen Patientengut keine Witwer. Auffällig war noch, daß bei den in München wohnhaften Ausländerinnen - im Gegensatz zu den Männern - mehr ledig als verheiratet waren.

Tabelle 17 Familienstand und Geschlecht. Deutsche Patienten mit SMV  
(1970 - 1975)

| Familienstand | männlich |       | weiblich |       | zusammen |      |
|---------------|----------|-------|----------|-------|----------|------|
|               | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     | Anzahl   | %    |
| ledig         | 16       | 48,5  | 27       | 48,2  | 43       | 48,3 |
| verheiratet   | 12       | 36,4  | 22       | 39,3  | 34       | 38,2 |
| verwitwet     | 1        | 3,0   | 4        | 7,1   | 5        | 5,6  |
| geschieden    | 4        | 12,1  | 1        | 1,8   | 5        | 5,6  |
| unbekannt     |          |       | 2        | 3,6   | 2        | 2,2  |
| zusammen      | 33       | 100,0 | 56       | 100,0 | 89       | 99,9 |

Tabelle 18 Münchener Bevölkerung nach dem Familienstand (Stand 1970)<sup>1)</sup>

| Familienstand | männlich |       | weiblich |       | zusammen  |       |
|---------------|----------|-------|----------|-------|-----------|-------|
|               | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     | Anzahl    | %     |
| ledig         | 219 329  | 41,9  | 229 644  | 36,3  | 448 993   | 38,8  |
| verheiratet   | 275 095  | 52,5  | 282 492  | 44,7  | 557 587   | 48,2  |
| verwitwet     | 15 373   | 2,9   | 91 211   | 14,4  | 106 584   | 9,2   |
| geschieden    | 14 198   | 2,7   | 29 299   | 4,6   | 43 497    | 3,8   |
| zusammen      | 523 995  | 100,0 | 632 666  | 100,0 | 1 156 661 | 100,0 |

1) Da vom Statistischen Landesamt eine Aufteilung nach dem Familienstand nur nach der Gesamtbevölkerung vorgenommen wurde, also einschließlich der Ausländer, zogen wir, um annähernd die deutsche Wohnbevölkerung zu erhalten, die Anzahl der Ausländer (Tabelle 16) ab, die 1969 in München wohnhaft waren. Wir sind uns der Problematik bewußt, aber die Ergebnisse einer unkorrigierten Gesamtbevölkerung wären zu ungenau gewesen.

Bei den deutschen Patienten kam es bei ledigen und geschiedenen Männern mehr zu Selbstmordhandlungen, dagegen bei den Frauen nur bei den Ledigen, während sie bei den Geschiedenen und bei den Verwitweten unterrepräsentiert waren. Auch bestätigte sich wieder, daß verheiratete Personen seltener SV begehen, als man es aufgrund ihres Bevölkerungsanteils erwarten könnte. In Abb. 7 und 8 sind die Unterschiede bezüglich des Zivilstandes bei unserem Patientengut und der Normalbevölkerung nochmals graphisch dargestellt.

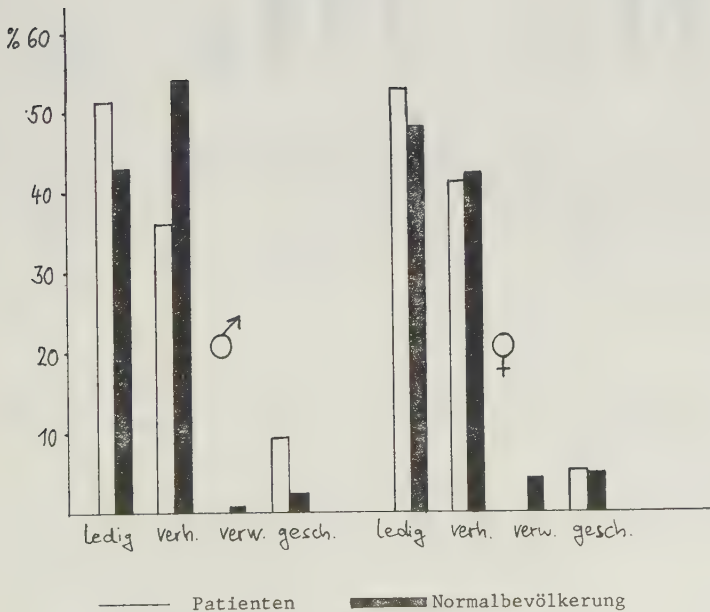


Abb. 7: Zivilstand und Geschlecht (Ausländer)

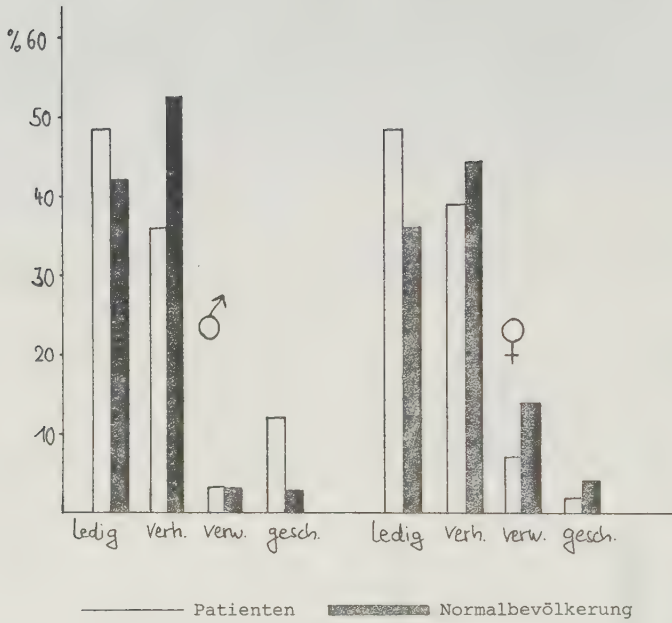


Abb. 8: Zivilstand und Geschlecht (Deutsche)

# f) Berufsstruktur

In den folgenden Tabellen 19 und 20 verglichen wir die ausländischen und deutschen Patienten betreffs ihres prozentualen Anteils hinsichtlich der verschiedenen Berufsarten miteinander. Dabei mußten, wegen der Vielschichtigkeit der Berufsgliederung in der Bevölkerung, Vereinfachungen und Zusammenfassungen in Kauf genommen werden, so daß z.B. in die Rubrik "noch in Ausbildung" Studenten, Schüler und Lehrlinge eingeordnet wurden. Auch auf bestimmte Branchen innerhalb einer Berufsgruppe konnte angesichts der kleinen Patientenzahl verständlicherweise nicht eingegangen werden.

Tabelle 19 Beruf und Geschlecht (Deutsche Patienten)

| BERUF                         | männlich |      | weiblich |      | zusammen |      |
|-------------------------------|----------|------|----------|------|----------|------|
|                               | Anzahl   | %    | Anzahl   | %    | Anzahl   | %    |
| Arbeiter                      | 11       | 33,3 | 8        | 14,3 | 19       | 21,3 |
| Angestellte u. Beamte         | 8        | 24,2 | 20       | 35,7 | 28       | 31,5 |
| Selbständige und Freiberufler | 3        | 9,1  | 3        | 5,3  | 6        | 6,7  |
| noch in Ausbildung            | 6        | 18,2 | 7        | 12,5 | 13       | 14,6 |
| Rentner                       | 1        | 3,0  | 5        | 8,9  | 6        | 6,7  |
| Arbeitslose                   | 1        | 3,0  |          |      | 1        | 1,1  |
| Hausfrauen                    |          |      | 9        | 16,1 | 9        | 10,1 |
| Unbekannt                     | 3        | 9,1  | 4        | 7,1  | 7        | 7,9  |
| zusammen                      | 33       | 99,9 | 56       | 99,9 | 89       | 99,9 |

Während bei den deutschen Männern die Arbeiter mit 33,3%, gefolgt von den Angestellten und Beamten mit 24,2% und den Auszubildenden mit 18,2%, das Hauptkontingent stellten, lagen bei den Frauen die Arbeiterinnen mit 14,3% nach den Angestellteninnen und Beamtinnen (35,7%) und den Hausfrauen (16,1%) erst an dritter Stelle. Deutlich höher als bei den Männern (3%), war bei den Frauen der Anteil der Rentnerinnen (8,9%).

Tabelle 20 Beruf und Geschlecht (Ausländische Patienten)

| BERUF                            | männlich |      | weiblich |       | zusammen |       |
|----------------------------------|----------|------|----------|-------|----------|-------|
|                                  | Anzahl   | %    | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     |
| Arbeiter                         | 24       | 72,7 | 30       | 53,6  | 54       | 60,7  |
| Angestellte u. Beamte            | 1        | 3,0  | 6        | 10,7  | 7        | 7,9   |
| Selbständige und<br>Freiberufler | 2        | 6,1  | 1        | 1,8   | 3        | 3,4   |
| noch in Ausbildung               | 3        | 9,1  | 8        | 14,3  | 11       | 12,4  |
| Rentner                          | 1        | 3,0  |          |       | 1        | 1,1   |
| Arbeitslose                      | 1        | 3,0  | 2        | 3,6   | 3        | 3,4   |
| Hausfrauen                       |          |      | 6        | 10,7  | 6        | 6,7   |
| Unbekannt                        | 1        | 3,0  | 3        | 5,4   | 4        | 4,5   |
| zusammen                         | 33       | 99,9 | 56       | 100,1 | 89       | 100,1 |

Bei den Ausländern beiderlei Geschlechts nahmen überwiegend die Arbeiter die Führung ein (72,7% ♂; 53,6 ♀), an zweiter Stelle einheitlich die Auszubildenden mit 9,1% bzw. 14,3%. Die dritte Position hatten bei den Männern die Selbständigen (6,1%), bei den Frauen gleichauf mit jeweils 10,7% die Angestellten und Beamtinnen sowie die Hausfrauen inne.

Da das Statistische Amt der Stadt München weniger auf Berufsmerkmale als auf in Wirtschaftsabteilungen Beschäftigte Wert legt, sind Vergleiche mit der Berufsgliederung in der Münchner Bevölkerung nur bedingt zu stellen. Für einige Berufe ist jedoch eine Rückbeziehung auf die jeweiligen Bevölkerungsanteile möglich, trotzdem nur eingeschränkt, da als Bezug nur die Zahlen der Volkszählung 1970 vorlagen. Eine weitere Einschränkung der Vergleichbarkeit war dadurch gegeben, daß bei dieser Zählung die ausländischen Einwohner Münchens nicht getrennt von der deutschen Bevölkerung aufgeführt wurden. Dennoch erschien uns die folgende Tabelle 21 über die Berufsstrukturen innerhalb der Gesamtbevölkerung Münchens, zumindest was den Anteil der Arbeiter, Angestellten, Beamten und Selbständigen betrifft, aufschlußreich. Hieraus ergibt sich, daß die deutschen Patienten nach Geschlechtern zusammengefaßt bei den Angestellten und Beamten (31,5%)

stärker unterrepräsentiert sind, als bei den Arbeitern und Selbstständigen (21,3 bzw. 6,7%).

Tabelle 21 Stellung im Beruf (Münchener Gesamtbevölkerung einschließlich Ausländer nach dem Volkszählungsergebnis 1970)

| Berufsstellung                 | Anzahl                  | %     |
|--------------------------------|-------------------------|-------|
| Selbständige                   | 96 171                  | 7,4   |
| Mithelfende Familienangehörige | 11 745                  | 0,9   |
| Beamte                         | 116 749                 | 9,0   |
| Angestellte                    | 440 894                 | 34,1  |
| Arbeiter                       | 341 922                 | 26,4  |
| zusammen                       | 1 007 481               | 77,9  |
| Selbständige Berufslose        | 259 560 <sup>1)</sup>   | 20,1  |
| Wohnbevölkerung                | 1 293 590 <sup>2)</sup> | 100,0 |

Demgegenüber sind bei dem ausländischen Patientengut die Arbeiter mit 60,7% enorm überbeteiligt, wogegen der Prozentsatz der Angestellten und Beamten (7,9%) erheblich niedriger ist, als es dem Bevölkerungsanteil dieser Berufsgruppen (43,1%) entspricht.

1) Einschließlich des Bezugs von ArbeitslosengeId/-hilfe

2) Einschließlich 26 549 Personen (2,1%) ohne Angabe der Unterhaltsquelle

# g) Motive

Die Aufgliederung der Selbstmordversuche unserer Patienten nach dem Motiv ist nicht unproblematisch, weil in der überwiegenden Mehrheit der Fälle das angegebene Motiv als auslösendes Moment und nicht als Ursache des Suizidversuches gewertet werden muß. Schon GAUPP 1907 unterschied zwischen Motiven als "im Bewußtsein des Täters auftretenden Gründen seines Handelns" und Ursachen als "treibende Kräfte, die sehr oft dem Täter nicht zu Bewußtsein kommen".

Auf Grund der Vielzahl an unterschiedlichen Motivationen war es unerlässlich, in den folgenden Tabellen 22 und 23 die individuellen Beweggründe in Motivgruppen zusammenzufassen. Dabei mußten leider, um den Sachverhalt übersichtlich darzustellen, z.T. Terminologien wie "Konflikt, soziale Probleme und Schwierigkeiten", angewandt werden, die in ihrer Allgemeinheit keine Spezifikation gestatteten. Allerdings werden wir bei der Besprechung der Motivgruppen zum besseren Verständnis näher auf einzelne Beweggründe eingehen.

Tabelle 22 Motive<sup>1)</sup> (Ausländische Patienten)

| Motive                                | männlich |       | weiblich |      | zusammen |       |
|---------------------------------------|----------|-------|----------|------|----------|-------|
|                                       | Anzahl   | %     | Anzahl   | %    | Anzahl   | %     |
| a) familiäre Auseinandersetzungen     | 2        | 6,1   | 5        | 8,9  | 7        | 7,9   |
| b) Ehekonflikte                       | 6        | 18,2  | 18       | 32,1 | 24       | 27,0  |
| c) Konflikte mit einem Intimpartner   | 8        | 24,2  | 18       | 32,1 | 26       | 29,2  |
| d) finanzielle und soziale Probleme   | 5        | 15,2  | 2        | 3,6  | 7        | 7,9   |
| e) andere persönliche Schwierigkeiten | 10       | 30,3  | 8        | 14,3 | 18       | 20,2  |
| f) Schwierigkeiten mit anderen        | 1        | 3,0   | 4        | 7,1  | 5        | 5,6   |
| g) unbekannt                          | 1        | 3,0   | 1        | 1,8  | 2        | 2,2   |
| zusammen                              | 33       | 100,0 | 56       | 99,9 | 89       | 100,0 |

1) Wenn ein Patient mehrere Gründe für seine Handlungsweise nannte, wurde der Hauptkonflikt berücksichtigt.

Tabelle 23 Motive (Deutsche Patienten)

| Motive                             | männlich |      | weiblich |       | zusammen |      |
|------------------------------------|----------|------|----------|-------|----------|------|
|                                    | Anzahl   | %    | Anzahl   | %     | Anzahl   | %    |
| familiäre Auseinandersetzungen     | -        |      | 2        | 3,6   | 2        | 2,2  |
| Ehekonflikte                       | 8        | 24,2 | 16       | 28,6  | 24       | 27,0 |
| Konflikte mit einem Intimpartner   | 14       | 42,4 | 17       | 30,4  | 31       | 34,8 |
| finanzielle und soziale Probleme   | 3        | 9,1  | 1        | 1,8   | 4        | 4,5  |
| andere persönliche Schwierigkeiten | 8        | 24,2 | 14       | 25,0  | 22       | 24,7 |
| Schwierigkeiten mit anderen        | -        |      | 5        | 8,9   | 5        | 5,6  |
| unbekannt                          | -        |      | 1        | 1,8   | 1        | 1,1  |
| zusammen                           | 33       | 99,9 | 56       | 100,1 | 89       | 99,9 |

Die Zahlen bestätigen die "überragende Bedeutung der zwischenmenschlichen und mitmenschlichen Beziehungen und ihrer Dissonanzen"<sup>1)</sup> (BÖCKER, 1973). 54,5% aller Motive von ausländischen und 66,6% von deutschen Patienten entstammen diesem Bereich. Bei den ausländischen (80,2%) und deutschen Frauen (71,5%) war der Anteil noch höher.

Familiäre Auseinandersetzungen haben unter den Motiven bei den ausländischen Patienten (6,1% ♂, 8,9% ♀) einen höheren Anteil inne als bei den Deutschen, wo sie nur beim weiblichen Geschlecht (3,6%) vorkommen. Bei den Ausländerinnen spielen hierbei Heiratsabsichten eine große Rolle. In einem Fall (20jährige Türkin) wollte die Familie die Heirat der Tochter erzwingen, im anderen Fall (16jährige Französin) wurde sie seitens der Familie verhindert.

Die Zahl der Ehekonflikte als Suizidmotiv ist bei den Frauen größer als bei den Männern, wobei der Unterschied bei den Ausländern besonders auffällt (18,2%♂; 32,1%♀).

---

1) Hierzu zählten wir die Motivgruppen a, b, c und f.

In der Gruppe "Konflikte mit einem Intimpartner" stellen die deutschen Männer das Hauptkontingent (42,4%), hingegen bei den Ausländern die Frauen (32,1%).

Finanzielle und soziale Probleme nehmen, gemessen an ihrer gesellschaftlichen Bedeutung, vor allem bei den Frauen nur einen sehr geringen Prozentsatz ein. Hier liegen die ausländischen Männer im Vergleich zu den deutschen Männern mit 15,2% an der Spitze, allerdings kommen neben gemeinsamen Motiven, wie Kündigung, Geschäftsverlust usw. spezifisch nur für Ausländer relevante Dinge zur Tragweite, wie z.B. Angst vor Ausweisung, bzw. Entzug der Aufenthaltsgenehmigung.

Die Motivgruppe "andere persönliche Schwierigkeiten" umfaßt so differente Merkmale wie Existenzangst, Krankheiten, Tod einer Bezugsperson, Einsamkeit, Heimweh, Sucht, Homosexualität und andere mehr. Während die deutschen Patienten beiderlei Geschlechts in dieser Rubrik in etwa gleich stark vertreten sind (24,2% ♂; 25% ♀) und dieser Problemkomplex, genau wie bei den Ausländerinnen, erst an dritter Stelle (nach Ehekonflikten und Konflikten mit einem Intimpartner) folgt, nimmt er bei ausländischen Männern mit 30,3% die Führung ein. Hierin kommt sicherlich die zahlenmäßig unterschiedliche Geschlechtsverteilung der ausländischen Gesamtbevölkerung in München, auf die wir eingangs verwiesen haben, am ausgeprägtesten zum Vorschein.

In der Motivgruppe "Schwierigkeiten mit anderen" dominierten die Frauen (Ausländerinnen 7,1%, Deutsche 8,9%). Hier handelt es sich vorwiegend um Streitigkeiten am Arbeitsplatz, wobei hauptsächlich die unterschiedliche Behandlung die Ausländerinnen belastete.

#### h) Klinische Diagnosen

HENSELER betonte 1974 in seinem Buch "Narzistische Krisen", daß Statistiken über die Zugehörigkeit von Suizidhandlungen zu diagnostischen Kriterien praktisch nicht vergleichbar seien, da es keine einheitlichen Kennzeichen für die diagnostische Einordnung der den Suizidhandlungen zugrundeliegenden psychologischen bzw. psychopathologischen Vorgängen gebe. Eindeutig sei nur, daß Suizidhandlungen allgemein gesehen nosologisch unspezifisch seien, worauf ZILBOORG schon 1936 hingewiesen habe.

Um Aufschlüsse wenigstens über die Größenordnung einzelner diagnostischer Kategorien zu bekommen, gliederten wir die ausländischen und deutschen Patienten in den folgenden Tabellen 24 und 25 nach Geschlecht und sieben psychiatrischen Diagnoseklassen, wobei wir die Klassifikation der WHO : International Classification of Diseases (ICD) anwandten (Schizophreniegruppe und affektive Psychosen : ICD-Nummern 295 und 296; Reaktive depressive Psychosen und depressive Neurosen: ICD-Nr. 298 u. 300-4; Neurosen: ICD-Nr. 300.0 - 300.9 ohne 300.4; Persönlichkeitsstörungen: ICD-Nr. 301; Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit: ICD-Nr. 303 und 304; vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen: ICD-Nr. 307; Psychische Störungen, die nicht als Psychosen bezeichnet werden können, jedoch mit körperlichen Krankheiten im Zusammenhang stehen: ICD-Nr. 309 und neurologische Krankheiten: ICD-Nr. 316.1).

Tabelle 24 Klinische Diagnosen (Ausländer)

| ICD-Nummer            | männlich |      | weiblich |       | zusammen |      |
|-----------------------|----------|------|----------|-------|----------|------|
|                       | Anzahl   | %    | Anzahl   | %     | Anzahl   | %    |
| 295 + 296             | 4        | 12,1 | 3        | 5,5   | 7        | 8,0  |
| 298 + 300,4           | 11       | 33,3 | 15       | 27,3  | 26       | 29,5 |
| 300.0 - 300,9         | -        | -    | 1        | 1,8   | 1        | 1,1  |
| 301                   | 2        | 6,1  | 4        | 7,3   | 6        | 6,8  |
| 303 + 304             | 1        | 3,0  | -        | -     | 1        | 1,1  |
| 307                   | 14       | 42,4 | 31       | 56,4  | 45       | 51,1 |
| 309 + 316.1           | 1        | 3,0  | 1        | 1,8   | 2        | 2,3  |
| (316.2) <sup>1)</sup> | -        | -    | (1)      | -     | (1)      |      |
| zusammen              | 33       | 99,9 | 55+(1)   | 100,1 | 88+(1)   | 99,9 |

Tabelle 25 Klinische Diagnosen (Deutsche)

| ICD-Nummer    | männlich |       | weiblich |       | zusammen |      |
|---------------|----------|-------|----------|-------|----------|------|
|               | Anzahl   | %     | Anzahl   | %     | Anzahl   | %    |
| 295 + 296     | 1        | 3,0   | 4        | 7,1   | 5        | 5,6  |
| 300.4         | 10       | 30,3  | 16       | 28,6  | 26       | 29,2 |
| 300,0 - 300,9 | 2        | 6,1   | 1        | 1,8   | 3        | 3,4  |
| 301           | 3        | 9,1   | 2        | 3,6   | 5        | 5,6  |
| 303 + 304     | 4        | 12,1  | 1        | 1,8   | 5        | 5,6  |
| 307           | 11       | 33,3  | 32       | 57,1  | 43       | 48,3 |
| 309 + 316.1   | 2        | 6,1   | -        | -     | 2        | 2,2  |
| zusammen      | 33       | 100,0 | 56       | 100,0 | 89       | 99,9 |

---

1) ICD-Nr. 316.2 : weder neurologisch noch psychisch krank

Während bei den ausländischen und deutschen Patientinnen der prozentuale Anteil der einzelnen Diagnosegruppen (bis auf die Persönlichkeitsstörungen) fast identisch ist, wobei besonders die große Zahl von abnormen Erlebnisreaktionen (ICD-Nr. 307) mit über 55% hervorzuheben ist, zeigen sich zwischen den männlichen und weiblichen Patienten stärkere Unterschiede. Vor allem fällt bei den Männern die deutlich niedrigere Anzahl der abnormen Erlebnisreaktionen auf, die bei den deutschen Patienten mit 33,3% noch geringer ist als bei den Ausländern (42,4%). Die Gruppe "Alkoholismus und Medikamentenabhängigkeit" spielt bei den Ausländerinnen überhaupt keine Rolle, bei den Ausländern und deutschen Frauen nur eine geringfügige (3 bzw. 1,8%), hingegen wird bei den deutschen Patienten diese Diagnose immerhin in 12,1% aller Fälle gestellt. Reaktive depressive Psychosen und depressive Neurosen überwiegen leicht bei den Männern. Hierbei ist von Interesse, daß die Diagnose "depressive Psychose" bei unseren deutschen Patienten nicht auftaucht, bei den Ausländern aber (4 ♂; 2 ♀) sechsmal gestellt wurde, wobei die Jugoslawen mit allein 3 Patienten stark vertreten waren.

Eine besondere Aufmerksamkeit wurde in der Literatur den Angaben über die Höhe des Anteils von endogenen Psychosen am Suizidversuch zuteil, demzufolge im deutschen Sprachbereich bei Patienten mit SMV von einer Psychosenquote zwischen 8 und 15 Prozent ausgegangen werden muß (FEUDELL 1965; GRÜNEBERG u.a. 1972; HAUSMANN u.a. 1968; HENSELER 1974; KOCKOTT u.a. 1970; LINDEN 1969; PÖLDINGER 1968). Im Gegensatz hierzu wird die Psychosenquote unter den "erfolgreichen" Suizidanten zwischen 30 und 40 Prozent geschätzt (BÖCKER 1970; RINGEL 1961). In unserem Patientengut liegt der Psychosenanteil der Deutschen bei 3 Prozent (♂) bzw. 7,1 Prozent (♀), der der Ausländer bei 12,1 Prozent (♂) und 5,5 Prozent (♀).

## 6. AUSWERTUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE

Bevor die einzelnen Ergebnisse ausgewertet und diskutiert werden, sei noch einmal auf die Eigenarten dieser Untersuchung hingewiesen: es geht um besondere Charakteristika der Selbstmordversuche bei Ausländern im Vergleich zu Selbstmordversuchen bei Deutschen, die in den Jahren 1970 - 1975 im Krankenhaus München-Schwabing aufgenommen und von Ärzten des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie exploriert wurden.

Es handelt sich also um Stichproben, die einer im Verhältnis dazu jeweils als groß anzusehenden Grundgesamtheit (Tab. 39, S. 58) entstammen. Somit ist es möglich, Wahrscheinlichkeitsaussagen über den Unterschied zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit hinsichtlich der beobachteten Merkmale zu machen. Wir prüften die Ausgangshypothesen auf "Signifikanz", die dann vorlag, wenn die Testschwelle unter das vorgegebene Testniveau von 5% fiel. Die Nullhypothese lehnten wir dann als mit großer Sicherheit unzutreffend ab. Lag keine Signifikanz vor, so pflegten wir die Nullhypothese zu akzeptieren. Allerdings bedeutete das nicht notwendigerweise, daß die Nullhypothese "wahr" ist; es besagt nur, daß das Versuchsergebnis nicht ausreicht, um das Gegenteil zu "beweisen".

Für den Vergleich zweier Stichproben hinsichtlich der Häufigkeit eines Merkmals wurde der Chiquadrat-Test bzw. für kleine Stichproben der sogenannte exakte Test von Fisher verwendet. Für den Vergleich einer Stichprobe mit der Grundgesamtheit der entsprechenden Münchener Bevölkerung bzw. dem Patientengut anderer Untersucher wurde die Verteilung unter der Nullhypothese jeweils durch eine Binomialverteilung approximiert. Wird das vorgegebene Testniveau von 5% unterschritten, so ist das Testresultat als "hochsignifikant" bezeichnet, wenn seine Testschwelle unter 0,5% lag. Wenn lediglich Tendenzen oder Trends beschrieben werden, die statistisch nicht abzusichern waren, so ist dies ausdrücklich vermerkt.

Hinsichtlich mancher Variablen werden die ausländischen und deut-

schen Patienten nicht nur untereinander, sondern sowohl mit dem Patientengut anderer Untersucher (BÖCKER 1973; STRAUBE 1974), als auch mit der jeweils betroffenen Gesamtbevölkerung in Bezug gesetzt.

Es bleibt ferner noch zu erwähnen, daß, um aufgrund der kleinen Fallzahlen die statistische Auswertung ermöglichen zu können, manche Rubriken aus Tabellen des Kapitels "Ergebnisse" zusammengefaßt werden mußten.

Die Auswertung und Diskussion folgt dem Schema, das der Darstellung der Ergebnisse zugrundegelegt wurde, wobei nur die Merkmale eingehender diskutiert werden, für die sich signifikante Unterschiede finden ließen.

#### Altersverteilung

(A: Ausländische Patienten, D: Deutsche Patienten)

Tabelle 26

| Altersgruppen | A ♂ | D  |                               |
|---------------|-----|----|-------------------------------|
| unter 30      | 20  | 19 | kein Unterschied              |
| über 30       | 13  | 14 |                               |
|               | A ♀ | D  |                               |
| unter 30      | 48  | 28 | hochsignifikanter Unterschied |
| über 30       | 8   | 28 |                               |

Als erstes Resultat konnte somit festgestellt werden, daß die ausländischen Patientinnen, die einen Selbstmordversuch begehen, einer hochsignifikant jüngeren Altersgruppe angehören als die deutschen Frauen, währenddessen bei den Männern kein signifikanter Unterschied nachzuweisen war. Die Nullhypothese konnte also nur für die Männer als gültig bestätigt werden.

Nähere Aufschlüsse bringt der folgende Vergleich mit den ausländischen bzw. deutschen Einwohnern in München nach Altersgruppen, die sich ja, wie aus den Tabellen 3 und 4 (Seite 14) zu entnehmen ist, in ihren Prozentanteilen erheblich von den Altersgruppen des Patientengutes unterscheiden (Tabelle 1 und 2). Wir errechneten nun den zahlenmäßigen Patientenanteil in den Altersgruppen unter und über 30 Jahre, den man zu erwarten hätte, wenn man von

den tatsächlichen Prozentanteilen in der Bevölkerung ausginge.

Tabelle 27

| Altersgruppen | A ♂ | zu erwarten |                               |
|---------------|-----|-------------|-------------------------------|
| unter 30      | 20  | 13,1        | signifikanter Unterschied     |
| über 30       | 13  | 19,9        |                               |
|               | D ♂ | zu erwarten |                               |
| unter 30      | 19  | 9,2         | hochsignifikanter Unterschied |
| über 30       | 14  | 23,8        |                               |
|               | A ♀ | zu erwarten |                               |
| unter 30      | 48  | 29,4        | hochsignifikanter Unterschied |
| über 30       | 8   | 26,6        |                               |
|               | D ♀ | zu erwarten |                               |
| unter 30      | 28  | 12,7        | hochsignifikanter Unterschied |
| über 30       | 28  | 43,3        |                               |

Die Altersverteilung unserer Patienten wies für beide Geschlechter, im Vergleich mit der ausländischen bzw. deutschen Bevölkerung in München, statistisch zum Großteil hochsignifikante Unterschiede auf.

Wie auch aus den Abbildungen 2 und 3 (S. 16 ) hervorgeht, zeigt die Altersverteilungskurve unserer Patienten beiderlei Geschlechts einen deutlich höheren Gipfel für die Gruppe der 20-30jährigen als das Vergleichskollektiv. Für die Frauen war dies zu erwarten und steht in Einklang mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen (ARNGRIM, 1975; BAPPERT, 1965; BÖCKER, 1973; DOTZAUER, GOEBELS und LEGEWIE, 1963; HAUSMANN, ALBERT und KAYSER, 1968; KOCKOTT, HEYSE und FEUERLEIN, 1970; LINDEN, 1969; RÜEGSEGGER, 1963; SCLARE & HAMILTON, 1963; THILGES & BATTEGAY, 1970).

Während alle anderen obengenannten Autoren (bis auf HAUSMANN u.a., die nur SMV bei Frauen beschrieben) diese Ergebnisse auch bei Männern bestätigten, fand RÜEGSEGGER den Altersgipfel bei den unter 20jährigen Männern. THILGES & BATTEGAY (1970) hingegen konnten bei

männlichen Patienten keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der Normalbevölkerung feststellen.

Eine Gegenüberstellung unserer ausländischen und deutschen Stichprobe ebenfalls mit Patienten nach SMV, die von 1950-1967 in die Universitätsnervenklinik Köln aufgenommen wurden (BÖCKER, 1973), brachte bezüglich der Altersverteilung nur für die Ausländerinnen einen Unterschied, der noch deutlicher als bei unserem Patienten-gut ausfiel.

Tabelle 28

| Altersgruppen | A  | ♀<br>+ | zu erwarten |                               |
|---------------|----|--------|-------------|-------------------------------|
| unter 30      | 48 |        | 26,2        | hochsignifikanter Unterschied |
| über 30       | 8  |        | 29,8        |                               |

Beim männlichen wie beim weiblichen Ausländeranteil in der Münchener Bevölkerung (Tabelle 3, S. 14) überwiegen die aktiven Altersjahre. Die meisten Ausländer sind - vor allem bei den Frauen - in der Altersklasse 20 bis unter 30 Jahren anzutreffen, im Gegensatz zu den Deutschen (30 bis unter 40 Jahren). Da das Auswahlverfahren im Heimatland eine gute Altersstruktur im Hinblick auf die von den Gastarbeitern erwartete Leistung begünstigt (Altersselektion) und der verstärkte Zustrom von Ausländern ohnehin erst seit ca. 1965 eingesetzt hat, konnte sich die Zahl derjenigen, die als junge Menschen gekommen sind und auch im Alter bleiben wollen, noch nicht spürbar bemerkbar gemacht haben. Zumindest was die Frauen anbelangt, da der Anteil der weiblichen Personen an der jeweiligen Nationalität erst seit 1971 erheblich zugenommen hat, was wohl hauptsächlich durch die verstärkte Familienzusammenführung zu erklären ist (Amt für Stadtforschung, 1975). Bei den ausländischen Männern aber zeigt sich in der Altersgruppe der 40-49jährigen eine Tendenz hierzu. Immerhin stammten von den 7 Patienten dieser Altersstufe 5 aus Jugoslawien, einem Land, das mit die ersten ausländischen Arbeitnehmer stellte.

Nachfolgend wird jetzt die Altersverteilung unserer Gesamtstichprobe Ausländer mit der aller Gastarbeiter verglichen, die 1970 in Kliniken für psychisch Kranke im Raum München aufgenommen wurden (Bezirkskrankenhaus Haar, Universitätsklinik München, Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, Privatklinik Dr. Schmidt Gauting), (STRAUBE, 1974). Es wurden nur solche Patienten berücksichtigt, die aus den gleichen Ländern wie unsere Patienten stammten und die ferner überwiegend ihren Wohnsitz in München oder der unmittelbaren Umgebung hatten.

Tabelle 29

| Altersgruppen | Stichprobe |        |  | Stichprobe (STRAUBE, 1974) |
|---------------|------------|--------|--|----------------------------|
|               | Ausländer  | ♂ u. ♀ |  | Gastarbeiter ♂ u. ♀        |
| unter 30      | 68         |        |  | 65                         |
| über 30       | 21         |        |  | 70                         |

hochsignifikanter Unterschied

Gegenüber unseren ausländischen Patienten machte sich bei der Untersuchung von STRAUBE zur psychiatrischen Morbidität von Gastarbeitern - trotz einer gewissen Überschneidung der Altersgrenzen, die aber für einen noch größeren Unterschied spricht - eine der ausländischen Gesamtbevölkerung in München ähnlich strukturierte Altersverteilung geltend (siehe S. 44).

### Geschlechtsverteilung

Während also Autoren verschiedener europäischer Länder (ARNGRIM, 1975; BÖCKER, 1973; KOCKOTT, HEYSE und FEUERLEIN, 1970; SCHMIDT, 1938; SCLARE & HAMILTON, 1963; THILGES & BATTEGAY, 1970) in Untersuchungen über SMV der jeweils einheimischen Bevölkerung in Großstädten übereinstimmende Ergebnisse hinsichtlich der Geschlechtsverteilung ihres Patientengutes aufweisen, nämlich ein signifikantes Überwiegen bei den Frauen bezüglich des Verhältnisses Männer zu Frauen in der Gesamtbevölkerung, so könnte man - in Anbetracht der Geschlechtsverteilung der ausländischen Normalbevölkerung in München, die sich hiervon völlig unterscheidet

(siehe Tab. 10) - zu dem Schluß gelangen, daß bei einer, der deutschen Bevölkerung in München ähnlichen Geschlechtsverteilung (1 : 1,2) bei den Ausländern der Prozentsatz der ausländischen Frauen bei SMV ein wesentlich höherer sein müßte, als er sich in unserem Patientengut widerspiegelt. Allerdings wäre es genauso möglich, daß bei einer annähernd gleichen Geschlechtsproportion zusätzliche stabilisierende Faktoren (vor allem im zwischenmenschlichen Bereich) ins Spiel kommen, so daß die Problematik letztlich nicht zu beantworten ist.

Wir wollen nun für die einzelnen Nationen die Verhältniszahlen der großen Grundgesamtheit (Tab. 10) vergleichen mit den relativen Häufigkeiten der jeweils betroffenen Stichprobe (Tab. 9).

Tabelle 30

JUGOSLAWIEN

|                |                |            |
|----------------|----------------|------------|
| Gesamtzahl: 34 | Verhältnis ♀/♂ | 2P* < 0,1% |
| davon ♀ 23     | 1/2,5          |            |

ITALIEN

|                |                |           |
|----------------|----------------|-----------|
| Gesamtzahl: 16 | Verhältnis ♀/♂ | 2P < 0,5% |
| davon ♀ 9      | 1/4            |           |

TÜRKEI

|                |                |         |
|----------------|----------------|---------|
| Gesamtzahl: 16 | Verhältnis ♀/♂ | 2P < 1% |
| davon ♀ 11     | 1/2,7          |         |

GRIECHENLAND und FRANKREICH: kein Unterschied

Dabei läßt sich für die Jugoslawen und Italiener ein hochsignifikanter, für die Türken ein signifikanter und für die Griechen und Franzosen kein Unterschied feststellen.

Obwohl also die ausländische Bevölkerung Münchens eine Geschlechtsverteilung aufweist, die sich von den Populationen der anfangs erwähnten Untersuchungen (siehe auch Seite 24) wesentlich unterscheidet - nämlich ein gravierendes Überwiegen der Männer - so ist doch bemerkenswert, daß trotzdem das Verhältnis Männer zu Frauen mit

\* ) 2P bedeutet die Testschwelle des zweiseitigen Tests.

den Ergebnissen anderer Autoren übereinstimmt. Wir stellten z.B. unsere ausländische Gesamtstichprobe wiederum in Bezug zur Untersuchung von BÖCKER und konnten keinen signifikanten Unterschied betreffs Geschlechtsverteilung finden.

Tabelle 31

| Stichprobe<br>Ausländer | zu erwarten |                  |
|-------------------------|-------------|------------------|
| ♂ 33                    | ♂ 36,53     | kein Unterschied |
| ♀ 56                    | ♀ 52,47     |                  |

Des weiteren führten wir einen Vergleich mit den Gastarbeitern durch, die 1970 im Raum München in psychiatrischen Kliniken stationär behandelt wurden (STRAUBE), wobei einzelne Länder gegenübergestellt werden konnten.

Tabelle 32

JUGOSLAWIEN

| Stichprobe<br>Ausländer | Stichprobe (STRAUBE)<br>Gastarbeiter |                               |
|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| ♂ 11                    | ♂ 37                                 | hochsignifikanter Unterschied |
| ♀ 23                    | ♀ 17                                 |                               |

ITALIEN

| Stichprobe<br>Ausländer | Stichprobe<br>Gastarbeiter |                           |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------|
| ♂ 7                     | ♂ 18                       | signifikanter Unterschied |
| ♀ 9                     | ♀ 4                        |                           |

GRIECHENLAND und TÜRKEI: kein Unterschied

Hierbei zeigte sich bei den jugoslawischen und italienischen Gastarbeitern ein Verhältnis Männer : Frauen wie es sich auch in der ausländischen Bevölkerung bemerkbar macht. Türken u. Griechen hingegen wiesen, was die Geschlechtsverteilung anbelangt, zumindest keinen signifikanten Unterschied gegenüber unseren Patienten mit SMV auf.

## Methoden

Bei Durchsicht der älteren Suizidliteratur findet man bestätigt, daß die Selbstmordmethoden von zahlreichen Faktoren wie Ländern, Epochen, "Moden", Beruf des Suizidanten und gelegentlich von der Nachahmung abhängig waren (SCHNEIDER, 1954).

In den letzten drei Jahrzehnten hat sich aber eine erstaunliche Einförmigkeit der Suizidmittel sowohl bei Selbstmorden wie bei Selbstmordversuchen entwickelt, wobei allerdings auch ein deutlicher quantitativer Unterschied von Selbstmord und Selbstmordversuch sichtbar wurde. Wie schon in anderen Veröffentlichungen dargelegt wurde (BÖCKER, 1973; PARNITZKE, 1965; SCLARE & HAMILTON 1963), stehen sowohl bei unseren ausländischen als auch deutschen Patienten beiderlei Geschlechts die weichen Methoden klar an der Spitze (siehe auch Seite 25/26). Hiervon umfangreichste Gruppe sind die Vergiftungen mit Hypnotika/Sedativa, erklärlich, da Schlafmittel leicht verfügbar und steuerbar sind, einen schmerzlosen Bewußtseinsverlust garantieren, das Einschlafen dem Bedürfnis nach Vergessen und Flucht am meisten entgegenkommt und die Schlafmittelvergiftung mehr als andere Methoden den Ausgang offenläßt (SCHULTE und TÖLLE, 1973).

Bei der Frage, ob Ausländer und Deutsche beiden Geschlechts die gleichen Methoden benutzen, zeigte sich kein signifikanter Unterschied, wohl aber wandten die ausländischen Männer etwas häufiger ( $P = 1,2\%$  einseitig) harte Methoden als die Ausländerinnen an (zu den harten Mitteln rechneten wir auch die gleichzeitige Anwendung eines weichen Mittels und einer harten Methode). Wir können in diesem Zusammenhang von einem "Neutralisierungsprozeß der beiden Geschlechter" (DOTZAUER, GOEBELS und LEGEWIE, 1963) sprechen. Ein Vergleich mit der Arbeit von BÖCKER (1973) betreffs Häufigkeiten der verschiedenen Methoden, brachte weder für unser ausländisches noch deutsches Patientengut signifikante Unterschiede.

Als Ergebnis konnte also die Ausgangshypothese (siehe Seite 12) beibehalten werden.

### Alkoholeinfluß

Wir möchten eingangs auf den generellen Unterschied zwischen Alkoholikern, die einen SMV durchführen, und anderen Patienten, die nur zum Zeitpunkt ihres SMV unter dem Einfluß von Alkohol standen, hinweisen.

The exact relationship between the three factors alcoholism, alcohol intoxication, and suicide has not yet been defined. Clinical evidence, however, indicates that most alcoholics are intoxicated when they attempt suicide (MOORE, 1939) and most nonalcoholics are sober when they make their attempts (RINGEL and ROTTER, 1957), zit. nach MAYFIELD and MONTGOMERY, 1972.

BATCHELOR (1955) rightly comments that when the individual is under the influence of alcohol it becomes all the more difficult to assess the seriousness of the suicidal attempt.

Wenn die Zahl der männlichen deutschen Patienten unter Alkoholeinfluß gegenüber den Ausländern zunächst auch einen Unterschied andeutet (siehe Tab. 13 und 14), so bringt eine Signifikanzprüfung (im Ggs. zu den Frauen) doch kein Ergebnis.

Tabelle 33

| Alkoholeinfluß | A ♂ | D  |                  |
|----------------|-----|----|------------------|
| ja             | 9   | 14 | kein Unterschied |
| nicht erwähnt  | 24  | 19 |                  |

| Alkoholeinfluß | A ♀ | D  |                           |
|----------------|-----|----|---------------------------|
| ja             | 3   | 10 | signifikanter Unterschied |
| nicht erwähnt  | 53  | 46 |                           |

Deutlichere Unterscheidungen fallen jedoch auf, wenn Ausländer und Deutsche für sich allein nach Geschlecht verglichen werden.

Tabelle 34

| Alkoholeinfluß | A ♂ | A ♀ |                           |
|----------------|-----|-----|---------------------------|
| ja             | 9   | 3   | signifikanter Unterschied |
| nicht erwähnt  | 24  | 53  |                           |

| Alkoholeinfluß | D ♂ | D ♀ |                           |
|----------------|-----|-----|---------------------------|
| ja             | 14  | 10  | signifikanter Unterschied |
| nicht erwähnt  | 19  | 46  |                           |

Von neun ausländischen Patienten unter Alkoholeinfluß hatten bemerkenswerterweise fünf die jugoslawische Staatsangehörigkeit. FRIESSEM (1972), BÖCKER (1977) kamen ebenso wie STRAUBE (1974) in ihren Arbeiten über die psychiatrische Morbidität ausländischer Arbeitnehmer in der BRD zu dem gleichen Resultat, daß nämlich die Jugoslawen die höchste Alkoholismusrate aufweisen. Von den drei weiblichen Patienten waren zwei aus Frankreich.

Über die Frage nach der Bedeutung des Alkohols bei der Auslösung von suizidalen Handlungen gibt es ausführliche Darstellungen (RINGEL, 1957). BÖCKER (1973) fand bei seinen Patienten mit SMV in 35,5% (♂) und 11,3% (♀) der Fälle den Einfluß von Alkohol, ein signifikanter Unterschied gegenüber unseren Stichproben bestand nicht. DAHLGREN (1945) entdeckte bei seinem Patientengut, daß 46,8% der Männer den SMV unter Alkohol unternommen hatten. HAUSMANN u.a. (1968) kamen bei 820 Frauen auf einen Prozentsatz von 11%, SCLARE & HAMILTON (1963) auf 20,6% (♂ u. ♀).

### Familienstand

Zur Klärung eines möglichen Einflusses des Personenstandes auf die SMV-Neigung und zur statistischen Berechnung ist die Zusammensetzung der Gesamtbevölkerung von besonderer Wichtigkeit. Wir verglichen deshalb die Kategorie "ledig" mit den Kategorien "verheiratet, verwitwet und geschieden" zusammengefaßt und jeweils mit den Häufigkeiten in der ausländischen bzw. deutschen Gesamtbevölkerung Münchens. Zuerst freilich verglichen wir unsere Stichproben, wobei wir sowohl die Ausländer beiderlei Geschlechts mit den Deutschen als auch ausländische und deutsche Patienten getrennt nach Geschlecht gegenüberstellten. Es ließ sich in keinem Fall ein signifikanter Unterschied hinsichtlich des Familienstandes nachweisen.

Die Hypothese, daß bezüglich des Familienstandes keine Unterschiede zwischen Ausländern und Deutschen bestehen, kann nach den vorliegenden Resultaten demnach angenommen werden.

Auch der Vergleich unserer ausländischen Stichprobe mit den 1969

in München wohnhaften Ausländern ergab ebensowenig einen Unterschied wie der Vergleich mit den Gastarbeitern, die 1970 im Raum München in psychiatrischen Kliniken aufgenommen worden waren (STRAUBE, 1974). Lediglich beim Vergleich der Deutschen mit der Münchener Bevölkerung 1970 zeigte sich eine leichte Abweichung bei den weiblichen Patienten: etwas mehr ledige Frauen waren in der Stichprobe als zu erwarten ( $P = 4,5\%$  einseitig). Eine Bezugsetzung mit dem Patientengut von BÖCKER (1973) ließ beide Male bei den Frauen mehr Ledige erkennen als zu erwarten war ( $A^{\circ}: P = 0,2\%$ ;  $D^{\circ}: P = 1,8\%$  einseitig).

Die Abb. 7 u. 8 zeigen die Häufigkeitsdiagramme der verschiedenen Personenstandsmerkmale in unseren Stichproben; in jedes der Diagramme wurde die prozentuale Häufigkeit des betreffenden Merkmals in der vergleichbaren Gesamtbevölkerung eingetragen.

Nach den Abb. 7 und 8 sind folgende Tendenzen aufzeigbar bzw. Aussagen möglich:

1. Ledige Männer (A u. D) neigen häufiger zu SMV, ebenso wie ledige Frauen ( $D^{\circ}: P = 4,5\%$ );
2. Verheiratete Männer (A u. D) begehen seltener SMV als zu erwarten wäre; bei den Frauen, vor allem bei den Ausländerinnen, ist der Unterschied weniger ausgeprägt;
3. Verwitwete Männer zeigen keinen Unterschied zur Gesamtbevölkerung; verwitwete Frauen werden seltener als in der Gesamtbevölkerung beim SMV angetroffen;
4. Geschiedene Männer (A u. D) finden sich häufiger unter Patienten mit SMV; bei den dt. Frauen ist der Unterschied weniger ausgeprägt.

Ähnliche Ergebnisse finden sich bei DOTZAUER (1963) und FARBEROW (1961), während z.B. BÖCKER (1973) z.T. widersprüchliche Resultate vorlegte.

## Berufstruktur

In der Diskrepanz zwischen angestrebtem und erreichtem Sozialstatus kann man eine entscheidende Variable bei der Entstehung von geistigen Störungen erblicken (zit. nach BERNDT, 1968) Daß ein Zurückbleiben des im Gastland erreichten Berufs- und Sozialstatus hinter ursprünglicher Erwartungen die Inzidenz psychischer Störungen erhöht, dafür sprechen z.B. Befunde von BURNER und ZARAGOZA (1965) an spanischen Gastarbeitern, die in psychiatrischen Einrichtungen in Lausanne zur Beobachtung kamen. Wenn die neue Arbeit weniger spezialisiert war als in der Heimat, fühlten sich viele Spanier "entwertet" und unzufrieden (zit. nach BÖKER, 1975). Ähnliche Äußerungen über die Arbeitsverhältnisse ("zu schmutzig", "unglücklich über die Arbeitsbedingungen", "Diskriminierung am Arbeitsplatz") waren auch von mehreren unserer ausländischen Patienten mit SMV zu erfahren. Auf der anderen Seite hängt die Berufswahl des Einzelnen von vielen Faktoren ab, die sich auf das Suizidverhalten auswirken können, so daß es fast unmöglich ist zu entscheiden, ob Abweichungen zwischen den Berufsgruppen tatsächlich auf eine unterschiedliche Berufsstruktur zurückgehen oder nicht vielmehr anderen Faktoren zuzuordnen sind (zit. nach BÖCKER, 1973).

Um eine bessere statistische Berechnung zu ermöglichen, wurden die kleinen Fallzahlen der Selbständigen, Angestellten und Beamten einerseits gegenüber den restlichen Kategorien andererseits zusammengefaßt. Die Hausfrauen konnten wegen der geringen Zahl nicht als eigene Kategorie mitgeführt werden. Ob die Hausfrauen häufiger oder weniger häufig in den beiden Stichproben A und D enthalten sind als zu erwarten, ist mangels Vergleichszahlen nicht feststellbar.

Tabelle 35

|                   | A  | ♂ | D  |                           |
|-------------------|----|---|----|---------------------------|
| Selbständige u.a. | 3  |   | 11 |                           |
| Übrige            | 30 |   | 22 | signifikanter Unterschied |
|                   | A  | ♀ | D  |                           |
| Selbständige u.a. | 7  |   | 23 | signifikanter Unterschied |
| Übrige            | 49 |   | 33 |                           |

Die Selbständigen, Angestellten und Beamten sind folglich bei den ausländischen Patienten seltener vertreten als bei den Deutschen, bei den Frauen macht sich die Differenz noch gravierender bemerkbar.

Im Verhältnis zur Münchener Gesamtbevölkerung 1970 (Tab. 21, Seite 35) kommen die Selbständigen u.a. bei den deutschen Patienten etwas weniger zur Geltung ( $P = 1,3\%$  einseitig) bei den ausländischen Patienten sehr viel weniger ( $P \ll 0,1\%$ ), die Münchener Gesamtbevölkerung ist hier aber kaum die richtige Bezugsgesamtheit.

Nunmehr faßten wir die Arbeiter gegenüber allen anderen Kategorien zusammen:

Tabelle 36

|          | A ♂ | D   |                               |
|----------|-----|-----|-------------------------------|
| Arbeiter | 24  | 11  | signifikanter Unterschied     |
| Übrige   | 9   | 22  |                               |
|          |     |     |                               |
|          | A ♀ | D   |                               |
| Arbeiter | 30  | 8   | hochsignifikanter Unterschied |
| Übrige   | 26  | 48  |                               |
|          |     |     |                               |
|          | A ♂ | A ♀ |                               |
| Arbeiter | 24  | 30  | kein Unterschied              |
| Übrige   | 9   | 26  |                               |
|          |     |     |                               |
|          | D ♂ | D ♀ |                               |
| Arbeiter | 11  | 8   | signifikanter Unterschied     |
| Übrige   | 22  | 48  |                               |

Beim Vergleich der ausländischen Arbeiter mit der Münchener Gesamtbevölkerung ergab sich ein hochsignifikanter Unterschied ( $2 P = 0,1\%$ ).

Diese Ergebnisse waren zu erwarten und stehen im Einklang mit unserer Ausgangshypothese.

## Motive

Von Patienten mit SMV wird als Motivation oft nur ein letztes, auslösendes Moment mitgeteilt, "sozusagen nur die sichtbare Spitze eines schwimmenden Eisberges" (RÜEGSEGG, 1963). Natürlich besteht aber ein Zusammenhang zwischen Anlaß und den maßgeblichen Faktoren. "Der Anlaß ist nicht beliebig; er paßt gleichsam wie der Schlüssel zum Schloß" (HENSELER, 1974). Allerdings variiert die Einordnung der auslösenden Faktoren je nach subjektivem Eindruck verständlicherweise von Untersucher zu Untersucher, so daß Vergleiche mit Vorsicht zu handhaben sind. In einem besteht trotzdem Übereinstimmung, daß akute oder chronische Störungen im zwischenmenschlichen Bereich prozentmäßig an der Spitze liegen, was sich auch in unserer ausländischen und dt. Stichprobe wieder nachweisen ließ.

V. SCHLIEFEN (1969) sieht als genetisch maßgebend den mangelnden affektiven Kontakt des Kindes zu den primären Beziehungspersonen an. Die notwendige Folge sind ein mangelhaftes Selbstwertgefühl sowie instabile Kommunikationssysteme mit geringer Krisentoleranz. In der Entwicklung lasse sich dann einerseits eine zunehmende soziale Isolierung und korrespondierend dazu ein Rückzug aus sämtlichen sozialen Bindungen verfolgen, andererseits aber eine Hinwendung zu "symbiotischen Zwei-Personen-Beziehungen". Diese Entwicklung beinhaltet die Gefahr einer fehlerhaften Selbst-, Fremd- und Realitätsbeurteilung, führt zu überhöhten Erwartungen und im Konfliktfall zu narzißtischen Kränkungen und Entbindung von Aggressionen (zit. nach HENSELER, 1974).

Wir verglichen nun jeweils finanzielle, soziale und andere persönliche Schwierigkeiten mit den übrigen Kategorien, wobei sich die ausländischen von den deutschen Patienten nicht signifikant unterschieden. Somit konnte die Hypothese, daß finanzielle und soziale Probleme als Motive bei den Ausländern überwiegen (siehe auch S.36/37 nicht mehr aufrecht erhalten werden. Im Gegensatz dazu erwies es sich als richtig, daß bei den Deutschen die Motive für den SMV mehr im interfamiliären bzw. zwischenpartnerlichen Bereich liegen. Nur innerhalb der ausländischen Stichprobe gab es signifikante Unterschiede: bei den Männern waren es etwas mehr finanzielle,

soziale bzw. persönliche Schwierigkeiten als bei den Frauen.

Tabelle 37

|                                                  | A ♂ | A ♀ |                           |
|--------------------------------------------------|-----|-----|---------------------------|
| Finanzielle, soziale u. persönl. Schwierigkeiten | 15  | 10  |                           |
| Störungen im zwischenmenschlichen Bereich        | 18  | 46  | signifikanter Unterschied |

### Klinische Diagnosen

Bei der Frage der klinischen Diagnosen von SMH ließ sich lediglich in der deutschen Stichprobe ein signifikanter Unterschied feststellen: vorübergehende kurzfristige psychische Auffälligkeiten, die mit situativen Belastungen im Zusammenhang stehen (ICD-Nr. 307) waren bei den Frauen häufiger vertreten.

Tabelle 38

|             | D ♂ | D ♀ |                           |
|-------------|-----|-----|---------------------------|
| ICD-Nr. 307 | 11  | 32  | signifikanter Unterschied |
| Übrige      | 22  | 24  |                           |

Dennoch gab es innerhalb der Diagnoseklassen Auffälligkeiten. So wurde die Diagnose "reaktive depressive Psychose" nur bei den Ausländern gestellt (siehe auch S. 41). Ein Erscheinungsbild, das in der Literatur (ZWINGMANN, 1961) als "Heimwehreaktion" bzw. als durch den Streß des Milieuwechsels (ØDEGARD, 1932) ausgelöst, gedeutet wird. Was beinhaltet, daß diese Patienten im Heimatland wahrscheinlich nicht erkrankt wären.

Ferner wurde die paranoide Form der Schizophrenie (ICD-Nr. 295.3) in der ausländischen Stichprobe öfters diagnostiziert (2 ♂; 2 ♀) als in der deutschen (1 ♂). Unter den "Bedingungskonstellationen" paranoider Syndrome hat BERNER (1972) Erlebnisse der Verunsicherung und Isolierung hervorgehoben, wodurch sich die "Projektionsbereitschaft" und damit die Neigung zu Wahnbildungen steigern soll. Ungenügendes Sprachverständnis und mangelnde Kenntnisse zwischenmenschlicher Kommunikationsregeln im Gastland fördern eine solche Verunsicherung und dürften beim Immigranten ein unscharfes Wahrnehmungsfeld konstellieren, in welches Ängste,

inadäquate Erwartungen und Kontaktbedürfnisse hineinprojiziert werden können. Diese wandeln sich dann über Mißtrauen in Beziehungs- oder Verfolgungswahn um, wie es bereits ALLERS (1920) in Wien bei ausländischen Soldaten mit psychogenen Wahnbildungen (als "Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten") darstellte. Interkurrierende Krisenerlebnisse (z.B. ausbleibende Nachrichten aus der Heimat, Konflikte am Arbeitsplatz, Unfall, Körperkrankheit, Konfrontation mit der ängstigenden Welt eines modernen Großkrankenhauses u.ä.) können die Anpassungsfähigkeit des Betroffenen bzw. die Integrationsfähigkeit seines Ich-Apparates zusätzlich überfordern. Bei instabiler Grundpersönlichkeit mögen relativ geringfügige Sekundärbelastungen genügen, um die erwähnte Projektionsbereitschaft (als Entlastungsmechanismus) zu sensibilisieren und eine paranoide Reaktion auszulösen (zit. nach BÖKER und SCHWARZ, 1977).

Wie RINGEL (1953) konnten auch wir unter unseren Patienten keine einzige Angst- bzw. Zwangsneurose finden. Diese Beobachtung stimmt mit dem Ergebnis von GITTLESON (1966) überein, der nachwies, daß Zwänge einen hohen Schutz vor Suizid bedeuten.

Die Ausgangshypothese, daß die Anzahl der diagnostizierten Psychosen bei Ausländern und Deutschen mit SMV keinen signifikanten Unterschied ergibt, konnte ebenso bestätigt werden wie die, daß bei den Ausländern oder Deutschen weiblichen Geschlechts die Diagnose "Alkoholismus" nicht signifikant häufiger ist. Daß sie bei den deutschen Männern öfter gestellt wird, konnte nicht beibehalten werden.

Sind die Ausländer in Relation zur ausländischen Gesamtbevölkerung in München bei den Patienten mit SMV unterrepräsentiert?

Zur Klärung dieser Frage stellten wir in der folgenden Tab. 39 die Gesamtzahl der Patienten mit Selbstmordversuch, die pro Jahr im Krankenhaus München Schwabing aufgenommen wurden und ihren Wohnsitz in München hatten, der jeweiligen Bezugsbevölkerung gegenüber. Außerdem unterteilten wir die Patienten noch in vier Kategorien (A = deutsche Patienten; B = ausländische Patienten dieser Untersuchung; C = Patienten aus anderen deutschsprachigen Ländern; D = übrige ausländische Patienten).

Tabelle 39

|      |     | Patienten mit SMV | jeweilige Gesamtbevölkerung |         |  |
|------|-----|-------------------|-----------------------------|---------|--|
| 1970 |     | 206 ( 88,8%)      | 1 130 644 ( 86,2%)          | A       |  |
|      |     | 13 ( 5,6%)        | 120 700 ( 9,2%)             | B       |  |
|      |     | 8 ( 3,4%)         | 22 298 ( 1,7%)              | C       |  |
|      |     | 5 ( 2,2%)         | 38 336 ( 2,9%)              | D       |  |
|      | n = | 232 (100,0%)      | 1 311 978 (100,0%)          |         |  |
| 1971 |     | 296 ( 92,2%)      | 1 162 074 ( 86,8%)          |         |  |
|      |     | 16 ( 5,0%)        | 121 681 ( 9,1%)             |         |  |
|      |     | 4 ( 1,2%)         | 25 351 ( 1,9%)              |         |  |
|      |     | 5 ( 1,6%)         | 29 326 ( 2,2%)              |         |  |
|      |     | 321 (100,0%)      | 1 338 432 (100,0%)          |         |  |
| 1972 |     | 366 ( 92,9%)      | 1 138 183 ( 85,0%)          |         |  |
|      |     | 15 ( 3,8%)        | 138 638 ( 10,4%)            |         |  |
|      |     | 9 ( 2,3%)         | 29 230 ( 2,2%)              |         |  |
|      |     | 4 ( 1,0%)         | 32 873 ( 2,5%)              |         |  |
|      |     | 394 (100,0%)      | 1 338 924 (100,1%)          |         |  |
| 1973 |     | 541 ( 93,9%)      | 1 106 800 ( 82,8%)          |         |  |
|      |     | 16 ( 2,8%)        | 158 863 ( 11,9%)            |         |  |
|      |     | 11 ( 1,9%)        | 33 462 ( 2,5%)              |         |  |
|      |     | 8 ( 1,4%)         | 37 451 ( 2,8%)              |         |  |
|      |     | 576 (100,0%)      | 1 336 576 (100,0%)          |         |  |
| 1974 |     | 488 ( 95,1%)      | 1 097 829 ( 83,0%)          |         |  |
|      |     | 11 ( 2,1%)        |                             |         |  |
|      |     | 7 ( 1,4%)         | 225 605 ( 17,0%)            | B, C, D |  |
|      |     | 7 ( 1,4%)         |                             |         |  |
|      |     | 513 (100,0%)      | 1 323 434 (100,0%)          |         |  |
| 1975 |     | 468 ( 92,7%)      | 1 090 982 ( 83,0%)          |         |  |
|      |     | 18 ( 3,6%)        | 152 993 ( 11,6%)            |         |  |
|      |     | 15 ( 3,0%)        | 32 193 ( 2,4%)              |         |  |
|      |     | 4 ( 0,8%)         | 38 697 ( 2,9%)              |         |  |
|      |     | 505 (100,1%)      | 1 314 865 ( 99,3%)          |         |  |

Für die uns hauptsächlich interessierende Kategorie B ließ sich im Jahr 1970 und 1971 ein signifikanter und ab 1972 ein hochsignifikanter Unterschied finden, und zwar in der Richtung, daß die tatsächlich vorhandenen Häufigkeiten z.T. (ab 1972) hochsignifikant unter den zu erwartenden Häufigkeiten lagen. Für die Kategorie C konnte man lediglich für 1970 einen signifikanten Unterschied aufzeigen. Eine nähere Berechnung der Kategorie D wurde nicht vorgenommen. Bei einer vorsichtigen Interpretation sieht es allerdings so aus, als ob die Patienten dieser Kategorie ebenfalls unter die erwarteten Häufigkeiten (zumindest für das Jahr 1975) zu liegen kämen.

Auf jeden Fall konnte für die in unserer Arbeit vorkommenden Ausländer (Kategorie B) die Ausgangshypothese bestätigt werden, allerdings unter den Vorbehalten, wie sie auf S. 4 u. 5 skizziert wurden.

## ZUSAMMENFASSUNG

In der Zeit vom 1.1.1970 bis 31.12.1975 wurden 89 ausländische Patienten, die wegen eines Selbstmordversuchs in das Krankenhaus München Schwabing aufgenommen wurden, im Rahmen der konsiliari-schen Untersuchung durch Ärzte des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München exploriert. Diesen 89 Patienten wurde eine ebenso große Anzahl Deutscher gleichen Geschlechtes gegen-übergestellt, die zur selben Zeit wie ihre Pendants wegen einer Selbstmordhandlung im Max-Planck-Institut begutachtet wurden und wie die Ausländer ihren Wohnsitz in München hatten. Es waren 33 Männer und 56 Frauen.

Es handelt sich bei der Untersuchung um eine retrospektive Dar-stellung mittels Auswertung der Explorationsunterlagen, wobei wir eine Aufteilung nach folgenden Kriterien vornahmen: Alter, Geschlecht, Methoden, Einfluß von Alkohol, Familienstand, Beruf, Motive, klinische Diagnosen. Anhand dieser Variablen versuchten wir einen Beitrag zur Frage der besonderen Charakteristika der Ausländer-SMV im Vergleich zu SMV bei Deutschen zu liefern.

In zum Großteil hypothesengesteuerten Untersuchungen ergab sich:

1. daß die ausländischen Patientinnen einer hochsignifikant jüngeren Altersgruppe angehören als die deutschen Frauen und somit junge ausländische Frauen besonders gefährdet sind, einen SV zu begehen; demgegenüber war bei den Män-nern kein signifikanter Unterschied nachzuweisen;
2. daß die SMV-Methoden bei Ausländern und Deutschen die gleichen sind;
3. daß die Zahl der männlichen deutschen Patienten unter Alkoholeinfluß gegenüber den Ausländern (im Ggs. zu den Frauen) keinen signifikanten Unterschied erbrachte;
4. daß bezüglich des Familienstandes keine signifikanten Unterschiede zwischen Ausländern und Deutschen be- stehen;
5. daß die Arbeiter bei den ausländischen Männern signifi-

kant, bei den Frauen sogar hochsignifikant häufiger vorkommen;

6. daß finanzielle und soziale Probleme als Motive bei den Ausländern nicht überwiegen und es sich als richtig erwies, daß bei den Deutschen die Motive für den SMV mehr im interfamiliären bzw. zwischenpartnerlichen Bereich liegen;
7. daß die Anzahl der diagnostizierten Psychosen bei Ausländern und Deutschen keinen signifikanten Unterschied ergibt; daß bei ausländischen und deutschen Frauen die Diagnose "Alkoholismus" gleich häufig gestellt wird; daß die Diagnose "Alkoholismus" bei den dt. Männern nicht signifikant öfter vorkommt;
8. daß die Ausländer unserer Untersuchung in Relation zur ausländischen Gesamtbevölkerung bei den Patienten mit SMV unterrepräsentiert sind.

## 8. LITERATURVERZEICHNIS

- ALLERS, R.: Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung (Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten).  
Z.Ges.Neurol.Psychiat. 60, 281-289 (1920)
- ALVAREZ, A.: Der grausame Gott.  
Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg 1974
- Amt für Stadtforschung: Ausländer in Nürnberg.  
Nürnberg 1975
- ARNGRIM, T.: Attempted suicide.  
Odense: Univ. Pr. 1975
- BAPPERT, W.: Die Zunahme der Suizidversuche und ihre seelischen Hintergründe. In: ZWINGMANN, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung.  
Frankfurt/M.: Akad.Verl.Ges. 1965
- BATCHELOR, I.R.C.: "Attempted suicide".  
Brit.Med.J., 1, 595, 1955
- BENKERT, H., FLORU, L., FREISTEIN, H.: Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern, die zur stationären Behandlung in die Psychiatrische Klinik eingewiesen wurden.  
Nervenarzt 45, 76-87, 1974
- BERNDT, H.: Zur Soziogenese psychiatrischer Erkrankungen.  
Ein Bericht über ökologische und epidemiologische Forschungsergebnisse.  
Soziale Welt 19, 22-46, 1968
- BERNER, P.: Paranoide Syndrome. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/1, 153-182.  
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
- BINGEMER, K., MEISTERMANN-SEEGER, E., NEUBERT, E.: Leben als Gastarbeiter - Geglückte und mißglückte Integration.  
2. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag 1972

- BOCHNIK, H.J.: Verzweiflung. Eine multifaktorielle Studie ihrer Abwege in Suizidversuchen, Alkoholismus und Versagenszustände. Aus: Randzonen menschlichen Verhaltens.  
Ferd. Enke, Stuttgart 1962
- BÖCKER, F.: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt, dargestellt am Beispiel der Stadt Köln.  
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1973
- BÖCKER, F., HEITMANN, R., STUMPF, K.D.: Untersuchungen zum Selbstmordproblem.  
Fortschr.Neurol.Psychiatr. 38, 330-340, 1970 b
- BÖHME, K., DITTBRENNER, M.: Mittel und Methoden bei Selbstmordversuchen.  
Nervenarzt 47, 201-208, 1976
- BÖKER, W., SCHWARZ, R.: Über Entstehung und Verlauf akuter paranoider Reaktionen im Zusammenhang mit Kulturwandel und Migration.  
Nervenarzt 48, 19-24, 1977
- BÖKER, W.: Zur psychischen Morbidität ausländischer Arbeitnehmer (Gastarbeiter) in der BRD. Bisherige Befunde und Hypothesen.  
Öff.Gesundh.-Wesen 39, 720-732, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1977
- BÖKER, W.: Psychiatrie der Gastarbeiter.  
In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, 2. Aufl., 430-466. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1975
- DE BOOR, W.: Neuere Arbeiten über Psychologie und Psychopathologie des Selbstmordes und der Selbstbeschädigung.  
Fortschr. d. Neurol. u. Psychiatr. 17, 483-503, 1949

- BORRIS,M.: Ausländische Arbeiter in einer Großstadt.  
Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt am Main  
1973
- BRÄUTIGAM,W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien.  
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1968
- BURNER,M., ZARAGOZA,H.: Quelques considérations médicosociales  
à propos des ouvriers espagnols travaillant en  
Suisse.  
Praxis 49, 1480-1491, 1955
- COCHRANE,R.: Mental Illness in Immigrants to England and Wales:  
An Analysis of Mental Hospital Admissions, 1971.  
Social Psychiatry 12, 25-35, 1977
- DAHLGREN,K.G.: On suicide and attempted suicide.  
Lindstadts, Lund 1945
- DECKWITZ,R., HELMCHEN,H., KOCKOTT,G., MOMBOUR,W.: Diagnoseschlüssel  
und Glossar psychiatrischer Krankheiten. 4. Auflage,  
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1975
- DOTZAUER,G., GOEBELS, H., LEGEWIE,H.: Selbstmord und Selbst-  
mordversuch.  
Münch.Med.Wschr. 105, 973-981, 1963
- DUBITSCHER,F.: Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung.  
Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1971
- DURKHEIM,E. : Le Suicide, Etude de Soziologie.  
Felix Alcan, Paris 1897
- FARBEROW,N.L., SCHNEIDMAN,E.S.: The cry for help.  
McGraw-Hill 1961
- FARIS,R.E.L., DUNHAM,H.W.: Mental disorders in urban areas.  
Chicago: Univ. Chicago Press 1939

- FEUDEL, P.: Epikrise zu 700 Selbstmordversuchen. In: ZWINGMANN, Ch. (Hrsg.): Selbstvernichtung  
Frankfurt/M.: Akad. Verl. Ges. 1965
- FEUERLEIN, W.: Selbstmordversuch oder parasuicidale Handlung?  
Tendenzen suicidalen Verhaltens.  
Nervenarzt 42, 127-130, 1971
- FEUERLEIN, W.: Selbstmord und Selbstmordversuch. Tendenzen,  
Statistik, Prophylaxe, Hilfe.  
Med. Klin. 68, 1717-1721, 1973
- FRIESSEM, D. H.: Psychiatric disorders of foreign workers in a  
metropolis of South-Western Germany.  
4th International Congress of Social Psychiatry,  
Jerusalem, May 21-26, 1972
- GAUPP, R.: Mißglückte Selbstmordversuche.  
Allg. Zschr. Psychiat. 64, 77, 1907
- GITTLESON, N. L.: The Relationship between Obsessions and Suicidal Attempts in Depressive Psychosis.  
Brit. J. Psychiat. 112, 889-897, 1966
- GOAS, M. C., ASIN, F. M.: Problemas psiquicos de la Emigración.  
Madrid: Publicaciones del patronato nacional de asistencia psiquiatrica 1967
- GRÜNEBERG, F., HELMCHEN, H., HIPPIUS, H.: Die Phänomenologie von Suizidversuchen.  
Therapiewoche 22, 2242-2251, 1972
- HÄFNER, H., MOSCHEL, G., ÖZEK, M.: Psychische Störungen bei türkischen Gastarbeitern. Eine prospektiv-epidemiologische Studie zur Untersuchung der Reaktion auf Einwanderung und partielle Anpassung.  
Nervenarzt 48, 268-275, 1977
- HAUSMANN, Ch., ALBERT, R., KAYSER, H.: Suizidversuch. Psychiatrische Untersuchung bei 820 Frauen.  
Dtsch. Med. Wschr. 93, 1883-1887, 1968

- HENSELER,H.: Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords.  
Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek b.Hamburg,  
1974
- HIRSCHFELDT,M.: Analyse der in den Jahren 1919-1929 aufgenommenen Selbstmordfälle.  
Psychiat.-neurol. Wschr. 34, 229-239, 1932
- JAKOBZINER,H.: Attempted Suicide in adolescents.  
Am.J.med.Ass. 191, 7-11, 1965
- KOCKOTT,G., HEYSE,H., FEUERLEIN,W.: Der Selbstmordversuch durch Intoxikation. Biometrische Untersuchung an 100 Patienten.  
Fortschr.Neurol.Psychiat. 38, 441-465, 1970
- KREITMANN,N.: Parasuicide: The multiple motives.  
Medical Tribune, May 30, p.9., 1972
- KULENKAMPFF,C.: Gedanken zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen. Nervenarzt 33, 6-13, 1962
- LINDEN,K.J.: Der Suizidversuch. Versuch einer Situationsanalyse.  
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1969
- MAYFIELD,G., MONTGOMERY,D.: Alcoholism, Alcohol Intoxication and Suicide Attempts.  
Arch Gen Psychiat/Vol 27, Sept 1972.
- Mc NAMEE,H.B., MELLO,N.K., MENDELSON,J.H.: Experimental analysis of drinking patterns of alcoholics: Concurrent psychiatric observations.  
Amer J Psychiat 124: 1063-1069, 1968.
- MENNINGER-LERCHENTHAL,E.: Das europäische Selbstmordproblem.  
Franz Deuticke, Wien 1947
- MESZAROS,A.F.: Types of displacement reactions among the post revolution Hungarian immigrants.  
Canad.Psychiat.Ass.J. 6, 1, 9-19, 1961

- MOORE,M.: Alcoholism and attempted suicide: Report of 143 cases.  
New Eng J Med 221: 691-693, 1939
- MORSELLI,E.: Der Selbstmord. Ein Kapitel aus der Moralstatistik.  
Verl.F.A. Brockhaus, Leipzig 1881
- MÜNCHENER STATISTIK: Ausländer in München.  
Jahrgang 1969, Heft 6, 330-335
- MÜNCHENER STATISTIK: Die Entwicklung der Ausländerzahlen in München und ihre Aufteilung nach Herkunftsländern.  
Jahrgang 1972, Heft 6, 365-373
- MURPHY,H.B.M.: Persönliche Mitteilung, Februar 1973
- MURPHY,H.B.M.: Migration and the major mental disorders: A reappraisal. In: ZWINGMANN,C. and M.PFISTER-AMMENDE (Hrsg.): Uprooting and after....  
Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1973
- NATHAN,P.E., TITLER,N.A., LOWENSTEIN,L.M., et al.: Behavioral analysis of chronic alcoholism.  
Arch Gen Psychiat 22: 419-430, 1970
- ØDEGARD,Ø.: Epidemiology of the psychoses. In: Psychiatrie der Gegenwart, 2. Aufl. Bd. II/1, klinische Psychiatrie I, Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1972
- ØDEGARD,Ø.: "Emigration and insanity".  
Verlag Levin u. Munksgaard. Kopenhagen 1932
- PARKIN,D., STENGEL,E.: Incidence of suicidal attempts in an urban community.  
British Medical Journal 2, 133 ff., 1965
- PARNITZKE,K.H.: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre. In: ZWINGMANN,Ch.(Hrsg.): Selbstvernichtung.  
Frankfurt/M.: Akad.Verl.Ges. 1965

- PINTÉR,E.: Psychische Morbidität der südländischen und osteuropäischen Emigranten in der Schweiz.  
Sozialpsychiatrie 3, 143-148, 1968
- POECK, K.: Hypochondrische Entwurzelungsdepression bei italienischen Arbeitern in Deutschland. Dtsch.med.Wschr. 28, 1419-1424, 1962
- POERREGÅRD,G.: Selvmordsforsøg og selvmord i København.  
I,II,III København, 1963
- PÖLDINGER,W.: Die Abschätzung der Suizidalität.  
Verlag Hans Huber, Bern 1968
- RINGEL,E.: Der Selbstmord. Abschluß einer krankhaften Entwicklung.  
Maudrich, Wien 1953
- RINGEL,E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem.  
Verlag Brüder Hollinek, Wien 1961
- RINGEL,E., ROTTER,H.: Zum Problem des Selbstmordversuches im Rausch.  
Wien.Z.Nervenheilk. 13, 406-416, 1957
- RÜSEGGER,P.: Selbstmordversuche. Klinische, statistische und katamnestische Untersuchungen an 132 Suizidversuch-Patienten der Basler psychiatrischen Universitätsklinik.  
Psychiat.Neurol., Basel 146: 81-104, 1963
- SCLARE,A.B., HAMILTON,C.M.: Attempted Suicide in Glasgow.  
Brit.J.Psychiat. 109, 609-615, 1963
- VON SCHLIEFFEN,H.: Der Suizidversuch. Ein psychologischer Beitrag zum Problem des mißglückten Selbstmordversuchs anhand biographisch-anamnestischer, statistischer und testpsychologischer Daten.  
Diss., Freiburg i.Br./Clausthal-Zellerfeld 1969
- SCHMIDT,G.: Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen.  
Nervenarzt 11, 353-358, 1938

- SCHNEIDER, P.B.: La tentative de Suicide.  
Delachaud et Niestle, Neuchatel-Paris 1954
- SCHULTE, W., TÖLLE, R.: Psychiatrie.  
Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1973
- STATISTISCHES AMT München: Statistisches Handbuch der Stadt München.  
München 1975
- STATISTISCHES AMT München: Statistische Jahrbücher der Landeshauptstadt München.  
Berichtsjahre 1969-1976
- STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch.  
Fischer, Frankfurt 1969
- STENGEL, E., COOK, N.G. (with the assistance of I.S.KREEGER):  
Attempted Suicide. Its Social Significance and Effects.  
Oxford University Press, London, New York, Toronto, 1958
- STRAUBE, H.: Untersuchungen zur psychiatrischen Morbidität von Gastarbeitern.  
Inaugural-Diss., München 1974
- TAMERIN, J.S., MENDELSON, J.H.: The psychodynamics of chronic inebriation: Observations of alcoholics during the process of drinking in an experimental group setting.  
Amer J Psychiat 125: 886-899, 1969
- THILGES, BATTEGAY, R.: Die in einer psychiatrischen Poliklinik behandelten Patienten mit Suizidversuchen.  
Schweiz.med.Wschr. 100, 225-228, 1970
- THOMAS, K.: Handbuch der Selbstmordverhütung.  
Enke Verlag, Stuttgart 1964

WORLD HEALTH ORGANIZATION: Prevention of suicide.

Public Health Paper, 35, Genf 1968

WORLD HEALTH STATISTICS ANNUAL: Vital Statistics and Causes  
of Death.

W.H. Organization, Genève 1968

ZILBOORG, G.: Differential Diagnostic Types of Suicide.  
Arch. Neurol. Psychiat. (Chicago) 35, 270-291,  
1936

ZWINGMANN, C.: Die Heimwehreaktion alias "Pothopatridalgia".  
Nervenkr. 201, 445-464, 1961

## Lebenslauf

8. Juli 1950            Geboren in Oettingen (Bayern) als zweiter Sohn des Bankkaufmanns Heinrich Polanetzki und seiner Ehefrau Helene, geb. Breier.
- September 1956        Besuch der Volksschule in Oettingen
- September 1961        Besuch des Albrecht-Ernst-Pro-Gymnasium in Oettingen
- September 1967        Besuch des Theodor-Heuss-Gymnasium in Nördlingen mit Abschluß  
(Reifeprüfung am 20. Juni 1970)
- SS 1971                Studium der Humanmedizin an der Universität München
16. Juni 1977          Medizinisches Staatsexamen an der Universität München
- März - Juni 1978       4 Monate als Medizinalassistent auf der Internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Prien
- August - Dezember 1978    Doktorandenstipendiat am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München (Poliklinik, Leiter: Prof. Dr. W. Feuerlein)
- März - Juni 1979       4 Monate als Medizinalassistent auf der Chirurgischen Abteilung des Gemeindekrankenhauses in Oberstdorf
- September - Dezember 1979    4 Monate als Medizinalassistent auf der Internen Abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg
- Seit März 1980        Als Stabsarzt zur Bundeswehr eingezogen.

Peter Polanetzki













